12 S 401

22500878985

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b2042484x_8

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.

— 4e année. 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.

— 5e année. 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.

— 6e année. 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.

— 7e année. 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.

— 8e année. 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 6 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, ou aux bureaux de l'*Union médicale*, rue Grange-Batelière, 11, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet rue Mignon, 2.

42 600

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Collaborateur de l'*Union médicale*
Rédacteur en chef de la *Santé publique*

Verwijderd
K. B.

KONINKLIJKE
BIBLIOTHEEK
'S GRAVENHAGE.

Neuvième année, 1873

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE
Rue de l'École-de-Médecine, 17
1874

Tous droits réservés

M16 6-6

WB100
1865-
G230b

INTRODUCTION

A défaut d'avoir produit l'une de ces grandes découvertes qui font époque, comme celles de la circulation du sang, de l'auscultation, de l'anesthésie, l'année médicale 1873 n'a pas été moins féconde en vues nouvelles, en applications importantes, en recherches et en travaux de toute sorte. Elle a même réalisé des découvertes secondaires qui resteront mémorables et figureront honorablement à côté de la troisième Exposition internationale et de la cinquième apparition du choléra asiatique en France qui en sont les deux principaux événements. Et malgré nos luttes politiques, l'instabilité de nos institutions, l'insuffisance des secours accordés à l'instruction supérieure et aux moyens d'étude, la France se distingue surtout par son apport considérable dans cette masse générale de faits rares, nouveaux et intéressants. On commence à comprendre que la science est le plus puissant moyen de relèvement de la patrie ; le succès de la seconde session de l'Association française pour son avancement l'a bien prouvé. « Science et Patrie, voilà sa devise, a dit *M. de Quatrefages* dans son allocution inaugurale. Quiconque aime son pays doit aimer la science qui assure le présent et prépare l'avenir.

Avec la patrie pour but, la science pour moyen, le passé pour leçon, l'avenir pour espérance, n'oublions rien et travaillons. »

L'activité déployée en 1873 sera le commencement de la réalisation de ce beau programme. Sans prétendre juger à distance l'ensemble et la valeur du mouvement scientifique de l'étranger par les échos affaiblis que nous en transmettent les journaux, il est certain que la France reste maîtresse quant à la clinique et la thérapeutique, qui sont les bases essentielles de l'art. C'est ce qui résulte de la lecture de cet inventaire analytique de l'avoir universel de cette année.

La pathogénie et l'étiologie de l'*expectoration albumineuse* qui survient après la thoracentèse, mises en évidence à la Société médicale des hôpitaux de Paris, constituent une véritable découverte clinique qui fait le plus grand honneur à ses membres, autant par la valeur des faits apportés à l'appui que par la parfaite loyauté des dissidents. La synthèse que nous avons faite de cette longue et brillante discussion nous paraît en donner une idée bien plus saisissante et précise que les comptes rendus fragmentés des journaux. On en rapprochera utilement des accidents analogues observés au Brésil après la paracentèse.

Une autre découverte est la *pleurésie aérolaire* signalée par M. Moutard-Martin. Une matière gélatineuse jaunâtre, contenant de nombreuses cellules lymphoïdes, rencontrée dans le péritoine à l'autopsie d'une femme, consécutivement à une prétendue rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire, nous a fait rapprocher ces faits de la maladie gélatineuse du péritoine décrite par M. Péan en 1871. C'est là une nouvelle affection spéciale des séreuses qui appelle l'attention des observateurs.

L'extension de l'étiologie trophonévrotique au *mal perforant du pied*, au *sclérème* et à la *sclérodermie*, à *certains*

ulcères, à l'*apoplexie pulmonaire* du côté paralysé et à plusieurs autres affections des muscles, des articulations, et même des os, constituent autant de conquêtes de la clinique française que nous revendiquons en sa faveur.

Citons encore la *forme ambulative* ou *apyrétique de la fièvre typhoïde*, relevée par M. Vallin en opposition à cette loi absolue des Allemands : que toute maladie qui au soir du quatrième jour n'atteint pas 39,5, n'est pas une fièvre typhoïde; l'*anorexie hystérique*, l'*encéphalopathie urémique* des nouveau-nés, l'*adénopathie bronchique*, la *péritonite* et la *pleurésie rhumatismale*, le *trachéocèle*, le *névrome myélinique*, etc., etc. Que l'on compare la réalité, la valeur clinique de ces nouvelles entités pathologiques indigènes avec l'*agoraphobie* et la *rötheln* des Allemands, la *forme anémique du cœur gras* chez les jeunes sujets, la *dysidrosis*, l'*iritis goutteuse*, la *cellulitis du cou*, la *pseudo-paraplégie tétaniforme*, la *phthisie nervosique*, de provenance exotique, et l'on jugera aisément que la sûreté et la précision du diagnostic sont en notre faveur. Il n'est pas jusqu'au *chloralisme*, dont la paralysie, observée surtout en Angleterre, est le plus haut degré, qui n'ait gagné en clarté et en précision sous la plume de M. le professeur Gubler.

Nous signalons pour mémoire les *convulsions des nourrissons*, provoquées par l'alcoolisme des nourrices, et les *convulsions épileptiformes* résultant des injections ammoniacales ainsi que de nouvelles confirmations de l'*épilepsie provoquée*. Ce sont là des observations cliniques, d'une bien plus grande importance que les nouvelles interprétations du *lichen hypertrophique*, de l'*herpès traumatique*, de l'*azoturie*, de l'*anadrosie*, des *bubons diphthéritique et coxalgipare*, et bien d'autres hardiesses d'imagination et de langage, qui encombrent et

embarrassent le domaine de la science bien plus qu'elles ne l'enrichissent.

A côté de ces nouveautés nosologiques, des innovations thérapeutiques non moins importantes se sont réalisées de toutes parts. C'est d'abord la *méthode hémostatique* d'Esmarch, née en ligne droite de la suture élastique pratiquée en France, en Angleterre et en Italie depuis plusieurs années, renouvelée récemment à Vienne, et qui promet de rendre les plus grands services à la chirurgie par les diverses applications qui en ont déjà été faites çà et là. La prévention des hémorrhagies et même de toute perte de sang est si importante dans les opérations que le nouveau *procédé d'énucléation des grosses tumeurs*, employé par M. Letiévant dans le même but, mérite également d'être signalé.

Celle de l'*aspiration* vient ensuite et l'extension de son emploi à la *dilatation de l'estomac* est une nouvelle preuve en faveur de sa généralisation. Sa promulgation dans un traité spécial permet désormais à tous les praticiens de s'en servir, sauf la cherté des instruments indispensables à cet effet.

L'*allongement des os par l'irritation du périoste* est une autre méthode qui, en s'affirmant par des faits évidents, ne tardera pas à entrer dans la pratique courante de la chirurgie.

Les médicaments nouveaux n'ont pas plus manqué en 1873 que les années précédentes. Telles sont la *propylamine* et la *tryméthylamine* qui, après avoir fait si grand bruit un moment par leurs succès éphémères contre le rhumatisme articulaire, sont déjà reléguées aux oubliettes; le *chloralum* et la *ditaïne*, produits exotiques qui n'ont pu s'acclimater encore parmi

nous; l'*urine normale* corrigeant, neutralisant l'urine ammoniacale. Mais d'autres observations importantes ont été faites sur l'emploi de certains médicaments d'un usage courant qui en étendent ou en restreignent les applications. Le *chloral*, en se combinant avec les matières albuminoïdes, s'est montré ainsi antiputride et antifermentescible. De là son succès contre le phagédénisme, les eschares, les plaies gangréneuses et même la conservation des cadavres. Ce sont là de nouvelles propriétés qui, jointes à son action hypnotique si précieuse pour calmer les contractions tétaniformes et abortives de l'utérus ou, lorsqu'elles sont agaçantes et extrêmement douloureuses, au moment de l'accouchement, étendront considérablement l'emploi de cet agent.

C'est le contraire du *sulfate de quinine* sur lequel on avait fondé prématurément de grandes espérances comme agent obstétrical. Malgré son action expérimentale évidente sur les chiennes, M. le professeur Chiara a montré, par de nombreuses observations cliniques irréfutables, qu'il ne possède aucune action excitante positive sur la fibre utérine de la femme. Il n'y a donc pas de danger à l'administrer comme antipériodique pendant la grossesse ainsi qu'on l'avait prématurément avancé. Nouvelle preuve que l'on ne saurait conclure des animaux à l'homme et réciproquement. L'incision ou la division du col de l'utérus, sans nocuité chez la femme dans l'état puerpéral ou autrement, est presque constamment mortelle pour la vache qui en est l'objet. Si la médecine comparée fournit d'utiles enseignements à la médecine humaine, elle n'autorise pas à juger de l'une à l'autre sans confirmation explicite.

Les nouvelles expérimentations sur la production et la transmission de la *septicémie*, qui ont tant préoccupé l'Aca-

démie et la presse, dans le cours de cette année, manquent ainsi de base positive. Outre les contradictions, les dissidences qui se sont produites entre M. Davaine et les divers autres expérimentateurs, on ne saurait conclure du lapin et du cobaye ou du cochon d'Inde à l'homme, ni même aux grands mammifères. Les nombreuses expériences de M. Colin ont mis hors de doute que le cheval, l'âne, la chèvre, le mouton, le chien, le chat, y étaient absolument réfractaires, ce qui autorise à prévoir qu'il en est de même de l'homme. Le moineau seul s'y est montré aussi sensible que le lapin. Il n'y a donc pas lieu de généraliser cette extrême réceptivité de la septicémie qui paraît aussi spéciale à ces petits animaux que la morve au cheval, le typhus au bœuf, la clavelée au mouton, la syphilis et la variole à l'homme. Toute la découverte se réduit à cela jusqu'ici. Quant à soutenir avec M. Davaine que les bactéries sont le corps du délit *de cette transmission*, ce n'est là qu'une conformité hypothétique avec la doctrine panspermiste de M. Pasteur, que les expériences ingénieuses de M. Onimus et celles de M. Colin contredisent formellement. Les explications atténuantes de MM. Pasteur et Chauveau n'en ont pas diminué les résultats, comme chacun pourra s'en convaincre par le résumé étendu que nous avons consacré à cette importante question.

De même de la *transmission de la tuberculose par les voies digestives*. On ne saurait conclure des animaux à l'homme pour exclure de sa consommation la viande de tout animal tuberculeux, comme le veulent certains vétérinaires. C'est ce que les Sociétés de Lille et de Bordeaux ont compris et ce que M. Bouley, inspecteur des Écoles vétérinaires, a ratifié de sa haute autorité. Rien n'autorise à admettre *a priori* que les animaux puissent transmettre ainsi leurs ma-

ladies à l'homme. Celle de la *fièvre aphtheuse* ou cocotte manque même de la confirmation essentielle : la réinoculation de l'homme aux animaux.

Il est beaucoup plus logique de rechercher directement sur l'homme si l'usage du lait ou de l'eau contaminés ne l'expose pas à contracter la fièvre typhoïde comme le font les Anglais en ce moment. Ce problème est déjà assez difficile et délicat pour ne pas le compliquer d'un autre facteur qui le rend tout à fait insoluble.

Une nouvelle apparition du choléra a remis aussi en question le mode de propagation de ce fléau. Certains doctrinaires en ont profité pour rappeler leurs anciennes théories sur sa spontanéité et soutenir, pour le besoin de cette étiologie, que la cholérine, le choléra infantile, le choléra nostras, sont la même maladie que le choléra asiatique et épidémique, à des degrés inférieurs d'intensité. La transmissibilité exclusive de celui-ci, évidente aujourd'hui pour tous, a rendu cette discussion à peu près inutile, si ce n'est pour démontrer une fois de plus, l'urgence de l'isolement des cholériques et des mesures quarantainaires rigoureuses quant aux provenances des pays envahis. Si elles eussent été plus sévèrement observées au Havre, vis-à-vis des navires allemands, ou si leurs provenances eussent été mieux surveillées, comme elles l'ont été en Angleterre, la France n'eût probablement pas éprouvé cette nouvelle invasion.

Bien d'autres questions ont été agitées sur l'étiologie de l'*érysipèle*, de l'*hystérie*, du *goître*, des *rétrécissements du rectum*, du *typhus*, et surtout de la *folie paralytique*, qui a soulevé un véritable tournoi académique en Belgique; l'origine du pus et de l'urée, l'opportunité de l'ablation des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, etc., etc; mais comme il convient

surtout de signaler ici les faits acquis, nous nous bornerons à indiquer l'*inoculabilité des pustules d'ecthyma*, la fréquence et l'extrême gravité des *abcès rétro-pharyngiens* chez les enfants, signalées simultanément en Allemagne et en Suède par le professeur Abelin, de Stockholm, qui en rapporte cinq observations (*Gaz. hebd.*, n° 44); l'*imperméabilité rénale dans l'albuminurie* et le danger en résultant d'administrer certains médicaments toxiques ; l'utilité du *tannin* et du *nitrate d'argent* contre la *pleurésie purulente ;* du *chlorhydrate d'ammoniaque* en inhalation dans certaines affections des voies respiratoires, de la *térébenthine* pour neutraliser l'odeur urineuse, du *podophyllin* contre la *constipation*, et tant d'autres applications qu'il serait trop long d'énumérer.

En chirurgie, on remarquera surtout la nouvelle opération curative de l'*ozène*, un nouveau procédé d'*extraction de la cataracte* qui a provoqué la revue rétrospective de cette opération et inspiré plusieurs modifications ; l'*énucléation des lipomes* et une nouvelle *réunion des plaies d'amputation*, tendant à prévenir la septicémie ; la *résection du coccyx dans l'anus imperforé ;* l'application des *greffes conjonctivales ;* la *kératocomie ;* diverses modifications opératoires des *fistules vésico-vaginales*, des *résections* et une revendication énergique en faveur de l'*extirpation de la thyroïde* contre l'hypertrophie irréductible de cette glande.

L'obstétrique s'est enrichie d'un nouveau moyen simple et facile de vaincre l'*hydrocéphalie* lorsqu'elle s'oppose à l'accouchement. Le *tamponnement méthodique* contre l'hémorrhagie du *placenta prævia* sera aussi d'un utile secours aux praticiens embarrassés ; mais nous n'en dirons pas autant de

l'emploi des *ventouses contre les dépressions du crâne* chez les nouveau-nés. Ce n'est que lorsqu'il existe des accidents graves de compression que, pour sauver la vie, il est permis de s'exposer à la compromettre.

Les cas rares et curieux ne manquent pas davantage en pathologie interne et externe. Outre ceux que l'on trouvera aux titres généraux : amputations, anévrysmes, fractures, hémorrhagies, luxations, paralysies, résections, nous citerons particulièrement ceux d'*uréthrocèle vaginale*, de *désarticulation coxo-fémorale* par la méthode circulaire, d'*ostéite raréfiante* sans traumatisme ni suppuration, d'*ulcération de la fémorale* par un bubon phagédénique entraînant la mort par hémorrhagie comme celles de la carotide produites par les adénites cervicales, consécutives à la rougeole et à la scarlatine; un beau succès de *suture tendineuse*, un cas d'*emphysème du foie*, et de *cancer à forme spéciale* de cet organe; un *fibro-sarcome du péritoine*, diverses observations de *contusion de l'abdomen* et d'*hydatides du sinus frontal*. Le savoir du praticien est souvent en défaut dans ces cas extraordinaires, inconnus par la difficulté du diagnostic, et c'est à ce point de vue surtout que le DICTIONNAIRE les enregistre avec soin.

De là, l'utilité essentielle de la séméiologie. L'étude minutieuse des signes physiques est ainsi poursuivie jusque dans ses derniers retranchements, celle de la température en particulier. Son élévation, constatée après la thoracentèse, tend à remettre en honneur la théorie exclusive de Lavoisier encore soutenue par M. Bouillaud. L'auscultation nous a donné le *bruit de pot fêlé* et le *craquement scapulaire*. Ses résultats négatifs dans la *dyspnée cardiaque* la distinguent de la dys-

pnée pulmonaire. L'*hémorrhagie de la protubérance* a aussi reçu de nouveaux éclaircissements. En précisant le diagnostic des *kystes de l'ovaire*, l'ovariotomie montre chaque année que plusieurs lésions d'autres organes peuvent les simuler comme on en trouvera plusieurs exemples. Citons encore les *urines neutres* dans la *commotion cérébrale*, le *délire partiel dans le diabète*, les *hallucinations dans la chorée*, comme des constatations nouvelles qui appellent la confirmation des praticiens.

Aujourd'hui que l'histologie est en si grand honneur, nous devons signaler les études si intéressantes de M. Ranvier *sur la constitution du tube nerveux*, et la découverte expérimentale des *nerfs moteurs de la langue*, faite par M. le professeur Vulpian. Ce sont là des faits qui vont inquiéter les Allemands. La constatation anatomique de la *thrombose* et de la *dégénérescence graisseuse du cœur* dans la *diphthérite ; l'endocardite végétante ulcéreuse*, consécutive à l'*érysipèle* et aux *fièvres intermittentes paludéennes*, aussi bien que l'*altération de la moelle des os* après la *variole*, sont des lésions qui tendent à éclairer la pathogénie de ces affections. Et telle est l'importance de l'anatomie pathologique microscopique qu'elle vient de réunir diverses paralysies que la clinique avait tenues séparées jusqu'ici. L'*atrophie aiguë des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle* serait en effet, d'après les anatomo-histologistes, la lésion unique et commune de la *paralysie infantile spinale* de l'enfant comme de l'adulte et de la *paralysie ascendante aiguë* qui seraient ainsi, de par cette grande découverte, une seule et même affection.

Aussi n'étudie-t-on plus guère à l'œil nu les altérations anatomo-pathologiques. Armé des microscopes les plus puissants, on étudie principalement les éléments des solides

et des liquides. Là les cellules, ici les globules. On compte ainsi ceux du sang et du pus en appliquant cette nouvelle méthode au diagnostic des maladies. M. Malassez s'est distingué en inventant un appareil propre à compter ainsi, avec une rigueur mathématique, les globules du sang, comme le commerçant compte les fils de la dentelle la plus fine, avec son quart de pouce. M. Quinquand en a dosé l'hémoglobine et nous pourrions rencontrer sans doute plusieurs découvertes de ce genre parmi les travaux allemands. Mais ce n'est encore là évidemment que de la science plus spéculative que pratique. M. Malassez a échoué ainsi dans le dénombrement des globules blancs dans l'érysipèle, tandis que M. Renaut a réussi. Tous les résultats obtenus par la jeune école histologiste ne sont donc pas à prendre à la lettre. C'est pourquoi nous les avons un peu négligés comme étant sans utilité immédiate pour la plupart de nos lecteurs.

Nous avons également omis, à dessein, de parler de plusieurs travaux, remèdes, procédés et instruments que la connaissance de leurs auteurs suffit à faire apprécier d'avance, aussi bien en France qu'à l'étranger. L'origine d'un fait ou d'une assertion est souvent sa meilleure étiquette. Bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée.

Au contraire, tout ce qui a trait aux institutions professionnelles a été visé dans ce volume, notamment la réalisation des *pensions viagères* d'assistance par l'Association générale des médecins de France, aux confrères âgés ou empêchés ; les résultats des discussions animées sur l'*organisation du service de santé militaire*, l'*inspectorat des eaux minérales* et les modifications survenues dans l'*enseignement* ici et là, excepté la nouvelle organisation en Autriche. Plusieurs décrets et conventions internationales, relatifs à l'exercice, sont

également cités, ainsi que plusieurs procès en responsabilité qui, en montrant à chacun ses devoirs, doivent être de nouveaux motifs d'affirmer et de revendiquer énergiquement nos droits. C'est en se montrant fermes et dignes, sinon sévères et exigeants dans leurs fonctions vis-à-vis de l'autorité, de la justice et de l'administration, comme des malades, que les médecins feront respecter leur caractère et mieux apprécier la science difficile qu'ils sont chargés d'appliquer.

P. GARNIER.

Paris, 31 décembre 1873.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1873

A

ABCÈS. Abcès métastatiques. *Pathogénie.* A la suite d'injections de liquides putréfiés pour déterminer expérimentalement la septicémie, des abcès métastatiques ont été rencontrés par divers expérimentateurs. M. Hénocque en a observé chez le cobaye à la suite d'injections de sérosité putride d'hydrocèle aussi bien que de sang provenant d'animaux morts d'une première inoculation. M. Hayem en a obtenu aussi chez les lapins avec des injections de centième de goutte de pus putride. Les mêmes inoculations qui produisent la septicémie foudroyante peuvent donc au moins, dans certains cas et surtout avec des doses un peu fortes, produire des lésions analogues à la pyohémie.

Pour beaucoup de pathologistes, on le sait, cette lésion distingue essentiellement la septicémie de la pyohémie, dont ils font le caractère pathognomonique. C'est pourquoi il est indispensable de bien fixer la nature de ces abcès.

Pour M. Hayem, les abcès miliaires métastatiques ont pour origine des embolies capillaires. Dans leur première phase, celles-ci sont constituées par des taches pâles résultant de la stase des globules blancs dans le réseau capillaire du foie, puis leur extravasation et les altérations des cellules hépatiques avoisinantes. Le sang se coagule ensuite dans les

ramifications de la veine porte, puis dans les veines sus-hépatiques ; les leucocytes s'accumulent autour des vaisseaux, s'infiltrent entre les cellules hépatiques et se réunissent en abcès miliaires. En somme, l'abcès métastatique commence par une embolie capillaire des globules blancs qui, devenant corps étrangers ou irritants, produisent le foyer de suppuration.

Pour M. Ranvier, au contraire, la fréquence et l'importance de ces embolies ont été exagérées par les Allemands. Il ne les a pas rencontrées peu d'heures après la mort, et la nature embolique de ces abcès ne lui paraît nullement démontrée. Ils présentent tous les caractères d'une production inflammatoire : une infiltration de leucocytes se fait autour de la veine intralobulaire ; ils se tassent, écartent les cellules hépatiques, en modifient la forme et, s'infiltrant dans le tissu interstitiel, représentent une inflammation interstitielle. Dans le poumon, ils déterminent une pneumonie purulente et catarrhale. Dans les cartilages, on observe une transformation des cellules en globules de pus.

La différence de ces deux opinions, c'est que pour M. Hayem il y a la cause mécanique des leucocytes agissant par leur accumulation, seuls ou réunis à des particules septiques ; tandis que pour M. Ranvier, il y a excitation inflammatoire par le sang, le sérum, les globules, les particules, voire même les bactéries : ce sont les *épines* traditionnelles histologiquement démontrées. (*Soc. de biol.*, janvier.)

On voit qu'il y a une grande analogie dans les phénomènes microscopiques observés ; leur interprétation pathogénique seule diffère, mais elle n'a qu'une importance secondaire. — Voy. Septicémie.

Abcès rétropharyngiens. Suivant le docteur Schmitz, ils seraient si fréquents dans l'enfance qu'il en observa 16 cas dans l'espace de trois années sur des enfants au-dessous de deux ans, dont 13 au-dessous d'un an. Ce serait donc là une maladie de l'enfance, car, dans aucun cas, il n'y avait carie des vertèbres. Dans 7 cas, l'abcès formait une tumeur molle au-dessous de la mâchoire et le muscle sterno-mastoïdien.

Une respiration laborieuse, bruyante, par la bouche à demi ouverte, comme dans le croup, en est le signe. Le cou est tendu, la tête renversée. Il y a de la dureté, de l'engorgement vers l'angle de la mâchoire inférieure. Le lait revient par la bou-

che et le nez. L'inspection, très-difficile, montre une tumeur sur la paroi postérieure du pharynx, et la palpation, en indiquant la rénitence, révèle la nature de l'abcès dont l'ouverture est le seul remède. Sur 16 cas, il y eut 13 guérisons, 2 morts et 1 fut perdu de vue. (*Jahrb. für Kinderheilk.*)

On comprend la formation de ces abcès sous l'influence d'une angine phlegmoneuse, comme M. Gaultier les a observés en grand nombre (voy. *année* 1869), mais cette origine n'est pas indiquée ici. Ils peuvent aussi être la suite d'adénopathies syphilitiques. — Voy. *ce mot*.

ABDOMEN. *Contusion; décollement et expulsion de la muqueuse intestinale.* M. le docteur Gallez rapporte le fait suivant : Un homme, s'étant engagé entre plusieurs wagons en manœuvre, le 3 décembre 1872, reçoit, par un recul brusque, un choc tellement violent qu'il est projeté à 45 mètres. Le coup avait porté tout entier sur l'abdomen et la partie inférieure de l'épigastre. Vomissement immédiat. Affaissement tel que la mort paraît imminente. Dès le soir, la réaction commence. L'émission de l'urine donne 250 grammes environ de sang pur. Douleur et sensibilité exquise de tout le ventre. L'urine reste sanguinolente, et, dès le 4, une entérorrhagie se déclare; 500 à 600 grammes de sang noirâtre fétide sont expulsés. Elle se renouvelle moins abondante le lendemain, puis une péritonite localisée à la partie supérieure de l'hypochondre gauche se manifeste. Le pouls est à 90, serré, vibrant. L'estomac ne conserve absolument rien.

Le 6, une ecchymose, large comme la paume de la main, apparaît sur l'abdomen avec des douleurs sourdes, des coliques presque continuelles et cinq à six selles liquides brunâtres sanguinolentes, dans les vingt-quatre heures.

Cet état se prolonge jusqu'au 22 décembre avec diminution graduelle de la douleur abdominale que la pression réveille, lorsque, après des coliques rapprochées, le blessé expulse et retire de l'anus un produit membraneux tordu sur lui-même, d'une seule pièce, et mesurant une aune et demie de long, soit $1^{m},05$. C'était un immense lambeau de muqueuse intestinale qui, soumis à l'examen du professeur Van Kempen, de Louvain, le 24 décembre, a été reconnu provenir de l'intestin grêle avec quelques traces de la tunique sous-muqueuse. Elle était pourvue de valvules conniventes; une petite partie, appar-

tenant à l'iléon, en était dépourvue, avec teinte noirâtre imprégnée de pigment du sang décomposé.

Cette muqueuse, de structure normale, était graisseuse ; des filaments de la membrane conjonctivo-vasculaire se trouvaient sur les bords. Il est donc probable que le coup de tampon a déterminé la rupture de cette muqueuse dans toute sa longueur ; que le liquide a pénétré la tunique conjonctivo-vasculaire qui, devenue le siége d'un travail inflammatoire suppuratif, a éliminé la muqueuse expulsée par des mouvements péristaltiques progressifs.

Dès le lendemain, l'estomac garde les boissons ; les selles diminuent et prennent de la consistance, malgré quelques lambeaux de muqueuse ; les douleurs diminuent et le blessé se rétablit. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 10, 1872.)

Ce fait est très-remarquable et peut-être unique. Cruveilhier, Rokitanski, Forster, Lebert, ne décrivent rien d'analogue. Si un rétrécissement ultérieur est à craindre, rien de semblable ne s'est encore manifesté.

Malheureusement, la force médicatrice n'est pas toujours aussi puissante et la mort survient, comme le prouvent les deux exemples suivants, rapportés par le docteur W. Mac-Even. Un enfant de quatorze ans et demi est renversé par une voiture dont la roue lui passe sur l'abdomen. Après quelques accidents graves, il est considéré comme convalescent dès le onzième jour. Depuis, son état paraît excellent, mais le quarante-septième jour, il fait un excès de table et meurt en quelques heures.

A l'autopsie, on trouve une longue étendue d'intestin grêle, d'une couleur foncée, formant avec la paroi et l'épiploon une masse adhérente qui, par sa position, répondait à l'endroit où la roue de la voiture avait passé sur l'abdomen. La cavité péritonéale renfermait environ une pinte d'une sérosité foncée.

Le deuxième cas est celui d'un homme de trente ans, qui reçut un coup de pied dans l'abdomen. Le dixième jour, il reprit son service de constable. Il s'en fit exempter le cinquante-deuxième et le soixante-douzième jour, mais le soixante-dix-septième il entra à l'hôpital, pour y mourir sept jours après. A l'autopsie, on trouva une perforation intestinale et, dans son voisinage, quelques taches gangréneuses à la surface muqueuse de l'intestin (*Glasgow med. Journ.*, novembre 1872). L'auteur insiste sur la réserve du pronostic dans des cas de

ce genre, lorsqu'il s'agit de répondre à la question médico-légale.

ABSORPTION. Elle s'effectuerait, suivant M. de Beaune, par l'intermédiaire de cellules aplaties qu'il a rencontrées sur l'épithélium des muqueuses, analogues à celles qui tapissent la cavité des séreuses, qu'il considère comme de simples lacunes lymphatiques. (*Acad. des sc.*, décembre 1871.)

Absorption cutanée. *Eaux de Bourbonne-les-Bains.* Le chlorure de sodium existant en quantité très-notable dans ces eaux (5gr,80 par litre), M. Passabosc a renouvelé, avant et après le bain, les analyses des urines de neuf malades qui en faisaient usage et soumis au même régime alimentaire, sans trouver un excès de chlore; au contraire, la première émission, avant le bain, en contenait, 9 fois sur 15, plus qu'après. La raison probable est le séjour prolongé de l'urine pendant la nuit. C'est ainsi que sans prendre de bain, la deuxième émission était plus abondante en chlorure que la première, 3 fois sur 4. D'où l'auteur conclut, contrairement à ses prédécesseurs, que la peau n'absorbe pas le chlorure de sodium dissous dans le bain. (*Rec. de med. et chir. militaires*, mars-avril.)

ACCOUCHEMENTS. *Sulfate de quinine.* On a fait grand bruit de son action sur la fibre excito-motrice de l'utérus, depuis 1871, que M. Monteverdi a remis ce fait en observation. Des médecins français et belges, exerçant dans des contrées marécageuses, lui ont fait écho en relatant des faits à l'appui, observés accidentellement sur des femmes enceintes ayant pris du sulfate de quinine (voy. *années* 1870-1871 et 1872). Par son innocuité sur le fœtus et sa rapidité d'action, on l'a considéré comme supérieur au seigle ergoté pour provoquer l'avortement, l'accouchement, et réprimer les hémorrhagies par inertie ou atonie de l'utérus. Quoique signalé en France dès 1845 par Petitjean, l'Italie compte ce fait comme une de ses grandes découvertes. Elle serait grande, en effet, si elle était acquise et complète.

Fondé sur l'insuffisance et la contradiction des observations, nous sommes resté dans le doute et la réserve. L'incertitude est encore augmentée par la déposition de deux praticiens belges des *polders* (marais), que cette question intéresse au

plus haut degré, comme tous ceux placés dans des conditions identiques et qui ont souvent à combattre la fièvre intermittente durant la grossesse. Le docteur Cauterman reconnaît que les accidents utérins sont l'exception dans les nombreux cas qu'il a eu à traiter, tandis que des doses de 5 grammes ont pu être données et l'accouchement se faire heureusement un mois après, comme il en rapporte un exemple concluant.

Il admet, néanmoins, que le sulfate de quinine a une action excito-motrice sur la fibre utérine pour combattre utilement son atonie et les pertes qui en sont la conséquence, — ce qui est une véritable inconséquence. Car si cette action était réelle, elle se manifesterait aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement. Mais les observations, sous ce dernier rapport, n'ont rien de concluant.

Le docteur Vabraven croit fermement, au contraire, à cette action abortive, et cite de nombreux cas à l'appui, sans qu'aucun soit bien décisif. Il reconnaît, d'ailleurs, que Cazeaux, Virchow et d'autres sommités expliquent ces avortements par les congestions utérines s'établissant sous l'influence du frisson précédant l'accès. (*Soc. de méd. de Gand*, novembre et décembre 1872.)

La question si hâtivement tranchée par MM. Monteverdi et Duboué était donc loin d'être résolue, quand un vétérinaire, M. Rancillia (de Caen), est venu leur apporter son concours. C'est un exemple du secours puissant que l'hippiatrie peut prêter à la médecine humaine. Les accoucheurs, les gynécologistes, pouvaient sans doute déterminer l'action de la quinine sur l'utérus en l'employant expérimentalement contre l'inertie utérine, les hémorrhagies, et pour provoquer l'accouchement prématuré. Mais le médecin hésite toujours quand la vie d'une mère et, souvent, celle de l'enfant sont en jeu. Le vétérinaire n a pas les mêmes scrupules, il peut expérimenter hardiment.

C'est ainsi que, appelé en avril 1872 pour une chienne épagneule, couverte depuis quatre-vingts jours et ayant un retard de quinze au moins, M. Rancillia la trouva abattue, sans appétit, avec une paraplégie et un écoulement mucoso-purulent de la vulve déterminés par le séjour prolongé des petits, morts dans la matrice.

4 grammes de seigle ergoté donnés à jeun, matin et soir, n'ayant produit aucun effet, on administra le surlendemain 5 centigrammes de sulfate de quinine de demi en demi-heure.

Dès le huitième paquet, c'est-à-dire quatre heures après avoir pris le premier, la chienne éprouvait de violentes contractions et mettait bas trois petits chiens morts dans leurs enveloppes et ayant déjà subi un commencement de travail de décomposition.

A la fin de juillet, une petite chienne boule, couverte accidentellement depuis quarante-neuf jours par un fort terre-neuve, présentait un volume si énorme de l'abdomen que le propriétaire craignait pour les jours de cette bête. Les fœtus étant viables, M. Rancillia fit administrer 1 décigramme de sulfate de quinine à jeun, de demi en demi-heure. Au sixième paquet, c'est-à-dire après trois heures, la chienne mettait bas six petits chiens tous en vie, qui eurent le sort fatal des petits Chinois (*Courrier médical*). Étayés sur les précédents, ces faits nous paraissent mettre hors de contestation l'action abortive du sulfate de quinine et son innocuité sur le fœtus. En se multipliant sur les autres grands mammifères de l'espèce bovine et chevaline, ces expériences pourront encore mieux la confirmer et autoriser ainsi le médecin à y recourir sur la femme, pour déterminer les indications, le mode d'emploi et les doses de ce médicament.

Deux cas observés, il y a un an, et rapportés par le docteur William Lincoln, montrent que son action obstétricale n'est pas si intense que l'on ne puisse l'employer comme antipériodique chez les femmes enceintes. Une femme presque à terme était atteinte d'accès quotidiens qu'elle voulait voir coupés. Sachant par expérience que ses accès intermittents antérieurs avaient été rebelles aux petites doses, elle prit $1^{gr},50$ de sulfate de quinine en douze heures précédant l'accès. Le frisson ne se montra pas, et elle accoucha heureusement treize jours après.

Une autre femme atteinte d'une fièvre tierce, trois semaines avant son terme, prit 1 gramme de quinine dans les douze heures précédant l'accès. Il fut coupé, et elle accoucha à terme heureusement.

M. Bazin, exerçant dans un pays marécageux, ayant eu très-souvent l'occasion de l'administrer à toutes les époques de la grossesse contre des fièvres intermittentes à la dose de 50 centigrammes, n'a jamais constaté d'avortement ni d'accouchement prématuré par ce fait ; 16 cas sont rapportés à l'appui. Il conclut donc à son innocuité, et croit que les accès fébriles

sont dans ce cas bien plus dangereux. (*Gaz. des hôpit.*, n° 81.)

M. le docteur Fillette (de Boulogne) n'a pas eu à s'en louer davantage. Ayant administré 50 centigrammes de sulfate de quinine en cinq doses, prises à un quart d'heure d'intervalle, chez une primipare dont les douleurs étaient suspendues après l'écoulement des eaux, huit heures auparavant, tout étant dans un état normal, il n'était survenu aucune contraction nouvelle trois heures après. Une application de forceps fut bien plus efficace. (*Union méd.*, n° 81.)

L'action obstétricale du sulfate de quinine, chez la femme, est ainsi de plus en plus rendue contestable par des objections irréfutables. On a pu dire des observations contradictoires de Belgique, d'Amérique ou d'ailleurs qu'elles provenaient de lieux éloignés et de praticiens inconnus. Aujourd'hui, c'est d'Italie même, et dans une chaire officielle, que la condamnation a été prononcée. 40 observations cliniques ayant été instituées par M. le professeur Chiara à l'Institut royal de Sainte-Catherine de Milan, voici l'analyse des résultats obtenus et proclamés dans une de ses récentes leçons :

6 femmes robustes, arrivées sans encombre au terme de leur grossesse, et présentant les signes précurseurs du travail : abaissement de l'utérus, douleurs, pesanteurs des reins, chaleur intra-pelvienne, écoulement de mucosités, etc., ont pris 1 gramme de bisulfate de quinine par jour, en deux fois, sans en éprouver aucune contraction utérine immédiate. L'une d'elles accoucha vingt-quatre heures après d'un fœtus mort, dans un état de macération avancée, et une autre accouchait de même d'un enfant vivant.

Pour vérifier si le sulfate de quinine avait eu quelque part dans la provocation du travail, 8 femmes bien portantes, arrivées au huitième mois de la grossesse, ont pris une dose double des précédentes pendant deux jours consécutifs, et aucune n'en a éprouvé le moindre effet.

Ayant à provoquer l'accouchement prématuré, M. Chiara administra 1 gramme de quinine pendant sept jours consécutifs dans un cas et pendant trois dans un autre, du septième au huitième mois, sans en obtenir la moindre contraction sensible. Il fallut recourir aux moyens ordinaires qui déterminèrent l'accouchement avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant. Administré dans 4 autres cas, concurremment avec les

autres moyens mécaniques, le sel quinique n'eut pas plus d'action.

Administré à 7 femmes durant les douleurs expulsives d'un travail régulier, il ne les modifia pas davantage. Elles persistèrent de vingt minutes à une heure et demie après son administration.

Dans 10 cas d'un travail lent, suspendu ou irrégulier, qui semble être l'indication par excellence de ce prétendu succédané du seigle ergoté, les contractions n'en ont pas été rendues plus actives. Dans quelques cas où le bassin était légèrement vicié, il fallut terminer l'accouchement artificiellement.

Chez 3 femmes enceintes de sept à huit mois, une fièvre intermittente, une parotide suppurée et une pneumonie franche ayant nécessité l'emploi du bisulfate de quinine, la grossesse n'en continua pas moins.

Enfin, dans 3 cas d'hémorrhagies tardives chez des accouchées, l'administration de la quinine fut insuffisante pour les arrêter, ce que l'ergotine et les injections idio-tanniques firent aussitôt. (*Gazz. delle clin.*, n° 29.)

L'inutilité obstétricale de la quinine est donc parfaitement démontrée par cet ensemble de faits beaucoup plus concluants que tous ceux produits jusqu'ici, en ce qu'ils ont été recueillis publiquement, sur un vaste théâtre hospitalier, contrôlés par les aides et les assistants de la clinique. Si l'on ne peut révoquer son action chez les chiennes, d'après les faits précédents, cela prouve une fois de plus que l'on ne doit pas toujours conclure des animaux à l'homme, et *vice versa*. La médecine comparée fournit sous ce rapport d'utiles enseignements.

Opium. Suivant une observation de M. le docteur Watelle père, l'émétique donné souvent comme obstétrical aurait la même action quand il est administré contre la pneumonie chez une femme enceinte. L'addition de l opium à haute dose pourrait seule en prévenir les effets abortifs. (*Union méd.*, n° 150, 1872.) — Voy. Pneumonie.

Seigle ergoté. Son action tétaniforme sur les sphincters, notamment sur le col de la vessie, qui en rend l'usage si utile contre l'incontinence d'urine, fait admettre au docteur Vernich qu'il peut agir de la sorte pendant l'accouchement et entraver le travail au lieu de le favoriser. La vessie, fermée par la con-

traction spasmodique du col, s'emplit et forme ainsi un obstacle aux contractions utérines. Son défaut d'action sur ces contractions, dans bon nombre de cas, dépendrait donc de cette plénitude de la vessie, suivant lui, et non de la mauvaise qualité du remède. D'où l'indication, en pareil cas, de recourir au cathétérisme. (*Centralblatt*, n° 23.)

C'est là une pure supposition ne reposant sur aucun exemple. Outre que l'accoucheur attentif a soin de faire vider la vessie et l'intestin à la femme en couche, il semble difficile d'admettre que cet obstacle mécanique existant, il ne s'en aperçoive pas.

Chloral. D'accord avec les précédents observateurs (voy. *année* 1870), M. Bourdon a eu recours à cet hypnotique, dans certains accouchements à marche anormale, avec ces contractions utérines excessivement douloureuses ou trop rapprochées qui épuisent les forces des femmes avant la dernière période du travail. Il l'a administré à la dose de 2 à 4 grammes dans 10 à 12 cas, et toujours il a eu lieu de s'en applaudir. Toujours les douleurs ont diminué d'intensité et de fréquence ; les femmes se calmaient, sommeillaient même dans l'intervalle et pouvaient ainsi réparer ou au moins ménager leurs forces. Le travail se régularisait et prenait une allure tout à fait normale. Et, ce qui est plus remarquable, les contractions utérines, au lieu de perdre de leur force, en devenant indolores, acquéraient plus d'intensité, de sorte que le travail diminuait de durée en réalité, même chez les primipares. (*Soc. de thérap.*)

Des indications de l'hydrate de chloral dans les accouchements. Thèse inaugurale soutenue par M. le docteur A. Pélissier, Paris. Résumé des expériences et des observations faites sur ce sujet neuf. La conclusion pratique, c'est que le chloral n'a pas d'influence fâcheuse sur la mère ni l'enfant, qu'il n'altère pas la régularité des contractions et convient particulièrement dans l'accouchement naturel des primipares, chez les femmes nerveuses et irritables, contre les crampes, les maux de reins et les tranchées utérines.

Ponction de l'arachnoïde spinale dans l'hydrocéphalie. — Voy. *ce mot.*

Rigidité du col. La déchirure avec l'ongle de l'orifice du col utérin, rigide ou rétréci, et même son incision multiple pour

rendre l'accouchement possible, est d'une innocuité aujourd'hui généralement reconnue, même lorsque le cancer est la cause de cette occlusion. C'est le contraire pour la vache. Des vétérinaires distingués sont d'accord sur ce point, et M. Buignet (de Moulins) rapporte encore trois cas mortels, suite de cette hystérotomie, malgré l'attention apportée pour que les incisions multiples n'intéressassent que peu le tissu utérin et les soins consécutifs ; une métro-vaginite, vérifiée par l'autopsie, a uniformément fait périr les opérées en deux ou trois jours. C'est donc là une exception manifeste, et il y en a bien d'autres, pour ne pas nous assimiler tout à fait aux bêtes. (*Rec. de méd. vétér.*, avril.)

Influence nosocomiale. Les documents précis et authentiques fournis par l'Assistance publique montrent une différence remarquable dans la mortalité des accouchées, suivant le lieu où elles accouchent. Ainsi, pendant le 1er trimestre de 1873, sur 1656 accouchements effectués dans les hôpitaux de Paris, 67 femmes ont succombé, soit 4,04 pour 100 ; sur 616 effectués chez des sages-femmes de la ville, il y a eu seulement 8 décès ou 1,29 pour 100; sur 2868 effectués à domicile par des sages-femmes des bureaux de bienfaisance, il y a eu 11 décès, soit la minime fraction de 0,37 pour 100.

L'influence nocive des hôpitaux généraux, et surtout spéciaux, comme les maternités, ressort donc avec une évidence éclatante de ce tableau et doit les faire supprimer définitivement. (*Union méd.*, n° 55.)

Instruit par cette statistique, le Cercle médical liégeois a cru de son devoir de recommander à l'autorité communale et à la commission des hospices les mesures suivantes, réclamées par l'intérêt, et dans le but d'assurer la sécurité de *toutes* les classes de la population :

1° L'accouchement à domicile des femmes pauvres, qui a été organisé plusieurs fois d'une façon provisoire, sera réglé d'une manière définitive ;

2° Dans ce but, l'administration des hospices choisira un certain nombre d'accoucheuses convenablement logées, qui recevront les femmes sans domicile en ville ou ne pouvant faire leurs couches chez elles ;

3° L'enseignement clinique à domicile sera réglé comme dans certaines universités de l'étranger.

Accouchements laborieux chez les sages-femmes, à Paris. Depuis le 1er avril, ce service, confié aux jeunes médecins des concours pour le bureau central, est passé aux mains des médecins du bureau de bienfaisance.

Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, par le docteur G. Chantreuil. Brochure in-8°. Paris, 1872.

Sur 60 accouchements de femmes atteintes de cancer du col, 25 sont mortes, dont 16 pendant le travail de rupture de l'utérus, 9 consécutivement de péritonite et d'épuisement, 7 aux suites des opérations rendues nécessaires. 29 enfants sont venus morts.

Dyspnée consécutive. Après sa délivrance naturelle d'un cinquième enfant, à deux heures du matin, une femme de 36 ans fut prise, quatre heures après, d'une oppression croissante tellement forte, qu'à neuf heures son état était des plus alarmants. La respiration était à 48 et le pouls à 140. Le murmure respiratoire était entendu partout sans aucun bruit anormal du cœur, le premier seul était sourd ; extrémités froides, lèvres livides, face pâle. Elle ne pouvait articuler un mot.

Attribuant cet état à une embolie de l'artère pulmonaire, le docteur Phillips administra l'eau-de-vie pour soutenir l'action du cœur. 5 grains de carbonate d'ammoniaque, puis 10 furent administrés à des intervalles rapprochés avec de la chaleur aux extrémités. L'état semblait désespéré.

Le lendemain, cependant, l'amélioration était sensible. La posture était horizontale, les extrémités chaudes, la respiration plus libre, le pouls très-faible à 120, la température de l'aisselle à 97 degrés Fahr. La malade avait absorbé, à doses fractionnées, depuis la veille, 13gr,65 de carbonate d'ammoniaque sans vomissements ; ainsi que de l'eau-de-vie en quantité. Cette amélioration continua et la femme se rétablit. (*British med. Journ.*, mai.)

Sans pouvoir préciser la cause de cette dyspnée alarmante, la dose énorme de l'alcali et de l'alcool administrée permet de croire à une embolie qui aurait été heureusement détruite par ces moyens.

English midwives ; leur histoire depuis le XVIe siècle jus-

qu'à ce jour et leur avenir ; pamphlet par le docteur Aveling, in-12 de 182 pages, Londres 1872.

Il n'y a pas, le croirait-on, de véritables sages-femmes en Angleterre ; il n'y a que des matrones. Plus de 10 000 exercent ainsi sans titre régulier, comme il y a un demi-siècle en France. Les plus habiles n'ont d'autre instruction que leur pratique sous la surveillance de quelques accoucheurs ; et cependant elles font les deux tiers des accouchements dans certaines localités. C'est dire que de fréquents malheurs résultent de cette pratique ignorante et sans garanties.

Cette lacune préoccupe à juste titre ceux qui en voient mieux le danger. Il y a un an que la Société obstétricale mit la question à l'ordre du jour, et, après discussion, résolut d'instituer des cours et des examens, en dehors de l'action de l'Etat et du gouvernement, pour constater la capacité des praticiennes. Mais cette résolution audacieuse n'eut d'autre suite que cette publication.

Un rapport du professeur Acland, fait au *Medical Council*, dans la séance du 2 avril, sur l'éducation spéciale des femmes, a remis cette question à l'ordre du jour. Se prévalant de l'exemple de la France, de l'Allemagne et de la Russie, où les sages-femmes rendent de réels services, il réclame l'institution d'Écoles semblables. Un grand nombre de médecins en Écosse réclament des sages-femmes instruites et diplomées, pour les aider et les remplacer dans les accouchements ordinaires. Cette proposition a été fortement appuyée, mais en s'appliquant exclusivement aux sages-femmes ou aux infirmières, « car dans les affaires humaines, a déclaré sir W. Gull avec son *humour* habituel, il n'est rien qu'un homme ne ferait mieux qu'une femme dans des circonstances égales ». Aussi fait-il des réserves expresses, relativement au droit d'exercer la médecine à donner aux femmes, convaincu qu'il n'y aurait pas de plus grand mal pour l'humanité, ni de cause plus funeste aux progrès de l'art de guérir, ni plus dissolvante pour la profession. L'instruction obstétricale des femmes paraît ainsi devoir être favorisée officiellement en Angleterre, mais sans rien de plus.

Accouchement prématuré artificiel. *Courants électriques.* Pour éviter les dangers inhérents au détachement des membranes, soit avec la sonde, olivaire ou non, soit avec les ballons, M. le docteur Morris (de Nottingham), imitant l'emploi

de l'électricité pour réveiller les contractions utérines dans l'accouchement naturel, les a provoquées avec ce moyen. Il se sert, à cet effet, de la machine de Gaiffe en raison de son petit volume et de sa simplicité. Le col étant découvert avec le spéculum, il introduit une pointe métallique du courant positif dans le col, place l'autre sur l'abdomen, et fait ainsi agir le courant d'une manière continue ou intermittente pendant dix à quinze minutes. Une sonde métallique, recouverte d'un corps isolant, excepté à sa pointe et dans un autre endroit où il suffit, au besoin, de placer le doigt pour arrêter ou changer le courant, est employée à cet effet. Cette sonde est mise en rapport avec le courant de la batterie. Une dilatation du col en résulte d'autant mieux qu'une pointe métallique conique est substituée à la première. Dans tous les cas, le travail s'est déclaré du deuxième au troisième jour. (*British med. Journ.*, septembre.)

Perfectionnement à la bougie élastique. Afin de la rendre plus facile à rester en place, le docteur Whitehead y adapte un pessaire à air. Introduite ainsi, après les précautions d'usage, avec ou sans spéculum, dans l'utérus, on insuffle le pessaire et il suffit de faire agir un petit ressort fixé à l'extrémité de la sonde en rapport avec le pessaire pour fermer le tube. L'autre extrémité de la sonde est fixée dans une ouverture faite au centre d'un bandage périnéal qui se fixe par une ceinture. Le pessaire tient ainsi la bougie en place, dilate le vagin par anticipation à l'expulsion du fœtus et facilite le travail en agissant comme un excitant de l'utérus. Six observations de l'emploi de ce nouvel instrument sont rapportées en détail à l'appui de son efficacité. (*Liverp. and Manch. med. Journal*, p. 170.)

Accouchement chez les femmes âgées. *Dangers.* D'après une statistique recueillie dans les auteurs allemands par Cohnstein, sur 393 primipares âgées, 2 sont mortes pendant la grossesse, 8 durant l'accouchement et 105 pendant les couches. Des enfants, 140 étaient mort-nés et 29 moururent dans les huit premiers jours.

Dans 166 cas, l'étroitesse du bassin a nécessité :

12 fois l'accouchement prématuré,
32 » l'opération césarienne,
39 » la céphalotripsie,
61 » le forceps.

Dans 57,7 pour 100 des autres cas, il a fallu mettre l'art à contribution.

Une autre statistique de Ahlfeld, recueillie à la polyclinique de Leipzig de 1858 à 1872, n'est pas moins triste. Sur 102 femmes, âgées de 32 à 43 ans, le travail a été d'une longueur moyenne de 27 heures. Il était même de 30 dans 200 cas analysés par M. Puech (de Nîmes). Dans 59,22 pour 100, l'absence de douleurs a nécessité l'intervention de l'art, et surtout l'application du forceps dans 55 cas, dont 5 fois inutilement. Il y eut 5 versions, 28 déchirures partielles du périnée et 5 autres déchirures totales ; hémorrhagies dans 17 cas et 30 maladies consécutives, dont 6 décès.

Des enfants, — 59 garçons et 43 filles,— 83 étaient à terme et 19 avant terme. 12 étaient morts, 22 asphyxiés ; 68 seulement étaient vivants. (*Archiv. für. Gynæk.*, 1872.)

Accouchement vaginal. A l'ouverture d'une primipare de 36 ans, morte éclamptique sans être accouchée, le troisième jour du travail, MM. Davat et Despine rencontrèrent une infiltration sanguine du bassin et l'enfant, placé au détroit supérieur, était entouré par une poche membraneuse solide, infiltrée de sang et s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre jusqu'au-dessous de l'estomac. Une tumeur arrondie, charnue, grosse comme le poing, se trouvait au sommet. Dans cette poche, ouverte et déployée, l'enfant présentait la première position, la tête enclavée dans le détroit supérieur, le dos appuyé à gauche, replié en haut, et les membres inférieurs sur le ventre. La matrice, revenue entièrement sur elle-même, l'avait expulsé, et le vagin, remonté, avait prêté à une dilatation suffisante pour le recevoir, ainsi que son placenta. L'enfant, mort, sorti de sa loge, était baigné de sang et d'un volume ordinaire.

La plaie lavée, le col utérin présenta son ouverture fermée, et la matrice n'avait aucun témoignage de l'œuvre qu'elle venait d'accomplir. Sa cavité était vide et son volume normal.

La muqueuse vaginale resta noire sous le lavage. Elle était éraillée çà et là mais sans déchirure visible, malgré les tiraillements d'exhaussement qui avaient effacé ses plis.

La paroi externe de la poche était dense, serrée. Ses mailles étaient infiltrées, de la matrice à la vulve, de sang noir déposé dans les cellules, ce qui lui donnait un aspect charnu et un épaississement double de son état normal.

L'obstacle à l'expulsion de l'enfant existait au détroit supérieur, très-rétréci.

L'accouchement dans le vagin est donc un fait réel, et dans ce cas il est probable qu'il a eu lieu pendant la vie. C'est au moins ce que semble dire l'infiltration active des organes pelviens, et les douleurs d'expulsion qui avaient cessé quand le chirurgien fut appelé.

Cette forme d'accouchement ne demande-t-elle pas une division dans leur classification ? (*Soc. de chir.*)

ACIDES. Acide urique. Administré expérimentalement, par M. le docteur Gigot-Suard, à des chiens à la dose de 20 centigrammes au moins et de 4 grammes au plus en vingt-quatre heures, pendant un à deux mois, il a occasionné des lésions morbides extrêmement remarquables et susceptibles d'éclairer la pathogénie d'un grand nombre de maladies chroniques.

Plusieurs fois l'alcalinité du sérum du sang a diminué au point que ce dernier paraissait presque neutre. Le microscope et l'analyse chimique y révélèrent la présence de cristaux d'acide urique, d'acide oxalique et d'urate de soude.

Les organes et les tissus sur lesquels l'acide urique a exercé son action sont par ordre de fréquence :

La peau, les muqueuses et leurs glandes, les poumons, les reins, le foie, le pancréas, le cerveau, les glandes lymphatiques, les articulations, la rate, le péricarde et les enveloppes de la moelle épinière, le cœur.

La peau a présenté presque toutes les altérations décrites par les dermatologistes (affections érythémateuses, boutonneuses, vésiculeuses, croûteuses, squameuses).

Du côté des muqueuses, on a observé une injection plus ou moins forte, rarement le ramollissement. Les muqueuses le plus souvent atteintes sont celles de la bouche, du nez, des yeux et des bronches. Les glandes étaient hypertrophiées et même ulcérées ; mais cette dernière lésion a été remarquée surtout dans les glandes en tubes du rectum.

Les lésions pulmonaires sont la congestion et la splénisation avec ou sans foyers apoplectiques, sans parler de la tuberculisation dont il sera question tout à l'heure.

Les lésions rénales ont varié depuis la simple congestion de la substance corticale jusqu'à celles qui caractérisent la maladie de Bright.

Le foie a été congestionné plusieurs fois, et a présenté une fois la dégénérescence graisseuse.

Dans le pancréas, on a remarqué seulement une injection plus ou moins étendue de la surface.

Il en est de même du cerveau, où l'injection n'occupait que la surface et une petite portion de la substance grise.

La dégénérescence cancéreuse et tuberculeuse s'est produite plusieurs fois dans les glandes lymphatiques. D'autres fois, on n'a constaté qu'un simple engorgement de ces glandes.

Du côté des articulations, les seules lésions observées sont : l'augmentation de la synovie, une coloration des cartilages beaucoup plus foncée qu'à l'état normal et l'injection de la synoviale. Il n'y a jamais eu de dépôt d'urate de soude.

Les lésions de la rate sont rares et consistent dans une injection légère sur ses bords ou une coloration un peu foncée sur quelques points.

Les enveloppes de la moelle épinière et le péricarde ont été trouvés fortement injectés dans un cas.

Le cœur n'a été altéré aussi qu'une seule fois dans les huit expériences dont ce mémoire contient la relation : ses parois paraissaient énormes, et l'endocarde avait une couleur ardoisée.

Outre les lésions organiques indiquées, l'acide urique a produit, dans un cas, les symptômes du diabète, des tubercules pulmonaires dans trois cas, un squirrhe ligneux de la peau à la région cervicale, et enfin un épithélioma de la langue. (*Union méd.*, n° 12.)

Acide iodique. Employé par M. le docteur Luton en injections hypodermiques. — Voy. *ce mot.*

Acide phénique. Employé comme révulsif par le docteur Francis Henderson. Il en badigeonne la peau dans une étendue plus ou moins grande pour obtenir une révulsion prompte et inoffensive et trouve à ce moyen plusieurs avantages sur les vésicatoires. La révulsion est plus puissante, il est moins douloureux, il n'épuise pas les malades par la déperdition de secrétions abondantes, ne nécessite aucun pansement, et est infiniment plus commode ; enfin, il n'expose pas aux troubles des organes génito-urinaires comme la cantharide (*Glasgow med. Journal.*)

Antidote. Une solution de saccharate de chaux à l'intérieur est indiquée comme d'un effet sûr et sans danger dans les cas d'empoisonnement par ingestion accidentelle. C'est à élucider. (*Med. Record.*)

Acide bichloracétique. *Nouveau caustique.* — Voy. CAUSTIQUES.

ACONITINE. *Action physiologique.* Ne voulant s'en rapporter qu'à eux et pour montrer sans doute que l'aconitine de leur pays vaut celle de France, les Allemands Boehm et Wartmann ont employé celle de Merck en expériences sur les grenouilles, les chiens, les chats et les lapins. Ces expériences ont entièrement confirmé l'action excito-motrice de la moelle sur les grenouilles, à des doses d'un demi-milligramme à 5 milligrammes en injections et son influence sur le cœur et la respiration chez les autres animaux, comme l'avaient vu les observateurs français. Suivant eux, c'est en paralysant les ganglions sensibles qui président aux fonctions de ces organes que l'aconitine agit (*Gaz. hebdom.*). Quant à savoir si l'aconitine cristallisée, découverte en France par M. Duquesnel, est plus active, plus identique que l'aconitine allemande, il n'en est pas question. C'est ainsi que les Allemands font la science... à leur profit.

ADÉNOPATHIE. Adénopathie bronchique. Beaucoup d'inégalités et d'anomalies respiratoires, attribuées à l'emphysème, sont imputables à cette lésion étudiée surtout par M. Noël Gueneau de Mussy. Des modifications du bruit respiratoire, limitées à un seul côté ou à un seul lobe, sans lésion appréciable, doivent lui être attribuées, dans beaucoup de congestions aiguës. Rien n'est plus commun dans la phthisie, la rougeole, la coqueluche (voy. *ce mot*) et la fièvre typhoïde.

En voici les signes : son mat dans la partie supérieure gauche du sternum, au niveau du premier espace intercostal et des deux premières articulations sterno-costales, ainsi que des lames gauches des premières vertèbres dorsales. Là, la respiration est plus faible, plus aiguë. La voix peut être altérée par la compression du pneumogastrique. Il y a toux habituelle et parfois vomissements opiniâtres. Ils se répétaient jusqu'à quatre à cinq fois pendant le temps consacré à l'ingestion d'un potage, chez un jeune collégien de quinze ans.

Des révulsifs locaux : vésicatoires ou cautères, des pommades iodurées, l'iode à l'intérieur et l'usage des eaux de la Bourboule, forment la médication par excellence. (*Gaz. hebd.*, n°s 21, 22.)

Acide iodique. Employé avec succès par M. Luton, en injections hypodermiques. — Voy. *ce mot.*

Adénopathies syphilitiques. Elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on l'admet généralement, suivant M. A. Fournier, et souvent confondues avec un engorgement ganglionnaire strumeux ou scrofuleux. Elles trompent les médecins. Il faut toujours, en pareil cas, interroger minutieusement les malades sur leurs antécédents et rechercher les témoignages d'une infection secondaire. Leur siége à la partie postérieure du cou mérite d'être divisé en région *cervicale postéro-latérale*, dans la rainure du trapèze, *sous-occipitale* à la base même de l'occiput et *mastoïdienne* où les abcès sont en général moins volumineux. Elles sont plus caractéristiques dans cette région qu'en avant. Des *abcès rétropharyngiens* observés chez certains syphilitiques paraissent n'avoir pas d'autre origine, et c'est un point clinique important à vérifier. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, janvier.)

En voici un cas observé par M. le docteur Gueneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu. Une femme fut apportée dans un état d'asphyxie imminente : dyspnée extrême, orthopnée, cornage, angoisse, voix rauque et étouffée, cyanose de la face, pouls fréquent et dépressible. A l'examen, son mat sur les lames droites des quatre premières vertèbres dorsales, au niveau des articulations des deux premières côtes droites, et dans la partie voisine du manubrium sternal. Respiration aiguë, sifflante, inexpansible à droite surtout ; souffle expirateur très-fort dans la fosse sus-épineuse avec son maximum près du rachis ; il s'entend affaibli à gauche et comme un retentissement ; expiration soufflante derrière la partie supérieure droite du sternum.

Un examen laryngoscopique ayant montré une hypertrophie syphilitique des cordes vocales, un traitement spécifique fut institué. En modifiant l'état local, il fit disparaître le souffle expirateur, mais pour reparaître dans certaines positions de la malade. Il suffisait qu'elle fléchît le cou pour le faire cesser, tandis qu'en relevant la tête, il reparaissait aussitôt. (*Gaz. hebd.*, n° 21.)

AGORAPHOBIE. Dans leur manie de tout analyser microscopiquement, les symptômes morbides comme les lésions anatomiques et les éléments organiques, les Allemands tendent à créer un pathologie nouvelle. Le docteur Westphal désigne ainsi, sous ce nouveau titre, l'état d'angoisse ou le sentiment de crainte exagérée qu'éprouvent certains névropathes en traversant une place, un pont, une église, un endroit désert ou rempli par une foule. Pris d'une terreur irrésistible, ils tremblent sur leurs jambes et se refusent à marcher ; mais qu'un compagnon se présente, qu'une canne ou un bâton leur soit offert, et toute crainte disparaît.

C'est ce symptôme, que l'on trouve décrit dans diverses affections nerveuses, surtout chez les hypochondriaques, dont M. Westphal fait une entité pathologique nouvelle. Il est facile d'en trouver des exemples, il suffit d'observer les névropathes, et divers auteurs en ont rapporté à la suite. M. Perroud en relate 6 où ce symptôme était des plus marqués : 3 hommes et 3 femmes, tous atteints de nervosisme, d'un état névropathique ou de diathèse profonde et dont l'*agoraphobie* n'était qu'un des effets. Aussi, loin d'en faire une espèce nosologique distincte, ne la considère-t-il que comme un symptôme. Il la distingue toutefois du *vertige des places*, décrit par Bénédict.

Le traitement de ce symptôme est donc celui des névroses en général. En modifiant l'état général, on en diminuera l'intensité. Il faut pourtant habituer l'agoraphobe, en particulier, à vaincre ses terreurs, ses angoisses, en franchissant d'abord des espaces restreints et de plus en plus étendus. Il faut le raisonner et lui montrer que ce n'est là qu'un effet nerveux qu'il doit vaincre en en surmontant l'impulsion. (*Lyon méd.*, n° 11.)

ALBUMINURIE. Étiologie. De l'analyse de 200 cas, le docteur G. Johnson a reconnu les causes suivantes :

Excès alcooliques	29 pour 100.
Refroidissement	25 —
Scarlatine	12 —
Autres causes	40 —

Les deux premières causes étaient souvent confondues (*Royal med. and chir. Society*, mai). Ces recherches ne font donc que confirmer les causes communes attribuées à l'albuminurie et n'apprennent rien de nouveau.

Dangers de l'empoisonnement. Par le fait de l'imperméabilité des reins résultant de l'oblitération des veines, de l'épaississement des parois artérielles, et des lésions des glomérules de Malpighi, démontrées par le microscope, de graves accidents toxiques peuvent avoir lieu par l'administration de certains médicaments dont l'élimination rénale est ainsi empêchée. L'urine des albuminuriques ne contracte pas ainsi l'odeur caractéristique de violette après l'administration de l'essence de térébenthine. Les médecins anglais ont remarqué que l'opium administré à dose ordinaire produit parfois des phénomènes toxiques. Tandis que le curare, absorbé par l'estomac et éliminé par les reins, à l'état normal, ne produit aucun phénomène toxique à certaine dose, il suffit de lier préalablement les artères rénales; comme l'a expérimenté M. Cl. Bernard, pour voir mourir l'animal empoisonné. M. Bouchard a observé aussi que les doses ordinaires de digitaline sont parfois nocives par défaut d'élimination. Des phénomènes très-graves et qui ont duré cinq jours se sont montrés chez un albuminurique. Le poison en s'accumulant détermine ainsi des accidents. Les praticiens doivent donc se tenir en garde à cet égard. (*Soc. de biol.*, 25 juin.)

Acide picrique. Quelques centimètres cubes d'une solution aqueuse saturée de cet acide étant mise dans un tube à expérience, à la température ambiante, il suffit d'y laisser tomber une ou plusieurs gouttes de l'urine suspecte. Si elle est albumineuse, elle trace, en traversant la solution, *un sillon blanchâtre caractéristique* et qui ne peut se produire que par l'albumine.

Ce réactif, par sa simplicité, serait préférable à tous les autres, selon M. Galippe, pour découvrir l'albumine, puisqu'il n'exige ni chaleur, ni acidification et ne redissout pas son précipité tout en décelant les plus petites quantités d'albumine. C'est à essayer. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 10.)

Histoire générale des matières albuminoïdes, thèse d'agrégation, par G. Bouchardat, docteur en médecine et ès sciences. In-8° de 100 pages. Librairie *Germer Baillière.* Exposé clair et précis des connaissances acquises sur ce sujet encore si embrouillé autant sur la formation de ces matières organiques complexes que sur leur décomposition.

ALCOOLISME. L'accroissement de cette fatale plaie de la

société française a obligé le législateur à en tenter la répression, à en combattre les progrès par diverses mesures. Une loi du 23 janvier, votée par l'Assemblée nationale en conformité des conclusions votées par l'Académie de médecine (voy. *année* 1871), frappe de l'incarcération et d'une amende pécuniaire toute personne trouvée ivre sur la voie publique. Ces peines sont graduellement augmentéee en cas de récidive.

Des mesures sévères ont également été édictées dans l'armée et la marine pour la répression de l'ivresse.

En même temps, les alcools et esprits de toute sorte ont été soumis à des élévations considérables d'impôts avec surtaxes sur les liqueurs, notamment l'absinthe, qui, par son usage habituel, constitue un véritable poison.

Aussi de nombreux jugements ont-ils été rendus en exécution de cette loi répressive. Ils s'élèvent à 3666 pendant les mois de mars, avril et mai dans le seul département de la Seine, sans compter 45 récidives et 492 jugements correctionnels relevant le fait d'ivresse connexe. Assurément ces condamnations sont loin de s'élever au chiffre de 135 004 qu'elles ont atteint en Angleterre en 1872 ; mais c'est là une épreuve qui devra réduire ce fléau de l'alcoolisme en France, surtout si, chacun de son côté, comme cela devrait être, cherche à concourir à sa répression en s'associant aux sociétés de tempérance, instituées pour le combattre par les moyens de la persuasion, de la morale et de l'hygiène. — Voy. *année* 1872.

Alcoolisme aigu. Trois signes en éclairent surtout le diagnostic, suivant M. Magnan. La température est le plus important. Si elle oscille autour de 38 degrés pendant deux ou trois jours, le cas est simple et une défervescence ne tarde pas à se manifester. En s'élevant graduellement au-dessus, elle indique une dangereuse gravité. Ce signe sert aussi à distinguer le *delirium tremens* idiopathique du *delirium* symptomatique des malades et des blessés qui suit le cycle des lésions ou des maladies qui le provoquent.

Dans l'alcoolisme grave, la motilité est si profondément troublée, qu'en dehors du tremblement il y a des frémissements fibrillaires des muscles qui se développent sous la percussion ou la pression, et paraplégie des membres inférieurs au lieu de la simple faiblesse dans les cas légers. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin.)

L'*Ubriachezza in Milano* (l'ivrognerie à Milan), par les professeur A. Verga; Milan, 1873. Mémoire fondé sur l'observation de 725 ivrognes reçus au grand hôpital de Milan, dont 336 en délire et 389 dans le coma, de 1867 à 1872. La première conclusion « que le chiffre des ivrognes va en augmentant à Milan, sans être dans une proportion alarmante » n'en résulte donc pas, car il ne comprend pas l'ivrognerie sous les lambris dorés ni chez les femmes. Tout ce qu'il est permis d'en inférer, c'est qu'elle est plus fréquente chez les célibataires que chez les hommes mariés, puisque, sur 22 ivrognes revenus à l'hôpital, il y avait 18 célibataires. Le mois de décembre a été le plus fécond en réceptions, et le mois d'août le moindre. Sur ces 725 ivrognes, 377 ne faisaient usage que de vin.

Alcoolisme des nourrices. La nourriture d'une nourrice a une influence directe sur son lait et par conséquent sur la nourriture de son enfant. C'est simple et facile à comprendre. Les moindres troubles dans sa santé et son état moral rejaillissent sur son nourrisson, surtout s'ils se prolongent. De là l'urgence pour la nourrice d'avoir un bon régime nutritif, sans excès d'aucune sorte, c'est-à-dire une nourriture variée, saine et abondante. Ses fonctions digestives doivent s'exécuter normalement; c'est le point essentiel. Il n'est pas de nourrice qui n'ait remarqué que le moindre trouble à cet égard retentit aussitôt sur la santé de son enfant. En voici un exemple saillant, recueilli par M. le docteur Vernay, ex-médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui pourra être d'un utile enseignement pour les familles ayant des nourrices sur lieu.

Un enfant, né à huit mois et pesant 2100 grammes, est d'abord allaité au biberon et ne peut prendre le sein que quinze jours après sa naissance. Pesé tous les quinze jours, il avait gagné 150 grammes dans la première quinzaine et autant dans la seconde; mais dès le second mois il croît à vue d'œil et gagne 520 grammes dans la troisième quinzaine et 490 dans la quatrième, soit 1010 grammes, un tiers de plus que la moyenne d'accroissement à cet âge.

Ce fait était remarquable et ne pouvait se rapporter qu'à l'allaitement. La nourrice avait vingt-deux ans; de constitution moyenne et d'un caractère paisible, elle était soumise à un bon régime ordinaire sans rien qui pût rendre compte de cet accroissement insolite. Des accidents nerveux vinrent en révéler la cause.

Vers la fin du second mois, c'est-à-dire en même temps que se développait cet embonpoint extraordinaire, l'enfant devint très-irritable. Le moindre bruit de porte le faisait tressaillir. Il criait beaucoup quand on lui plaçait les membres dans ses langes et quand on explorait le ventre et les testicules. On ne savait trop que penser, lorsque des accès singuliers se manifestèrent. L'enfant se roidissait et tournait la tête à droite en poussant des cris aigus. D'abord rares, éloignés, ces accès se multiplièrent et la première sortie de l'enfant en occasionna plusieurs.

Témoin d'un de ces accès, le médecin vit, après une courte agitation, l'enfant se roidir de tout le corps, la tête se tourner lentement vers l'épaule droite ; tous les muscles de la face participèrent à cette contraction, la bouche entr'ouverte laissait voir le tremblement de la langue, et la lèvre inférieure, en s'agitant de même, se repliait vers la langue. La figure, d'abord pâle, s'injecta bientôt de sang et devint même bleue par l'arrêt de la respiration pendant dix secondes au moins. Puis la face se retourna à gauche, et après plusieurs grandes inspirations l'enfant se mit soudainement à crier comme de douleur ou d'effroi.

C'étaient bien là des convulsions éclamptiques. L'embarras était d'en trouver la cause. Les parents n'avaient aucune affection nerveuse, la nourrice était très-calme. Il n'y avait ni diarrhée, ni irritation de la peau. L'âge faisait écarter la question de la dentition de même qu'une fièvre cérébrale. Les progrès de la nutrition, de l'accroissement de l'enfant excluaient ces causes morbides. Le pouls était d'ailleurs fréquent et rapide, au lieu d'être ralenti et intermittent comme dans la méningite granuleuse.

Ces convulsions allaient cependant en augmentant. Pendant dix jours, on en compta jusqu'à trois par heure régulièrement, sans changement dans la forme, l'intensité et la durée. Dans l'intervalle, la physionomie reprenait une expression naturelle d'abattement sans coma, ni paralysie, ni dilatation des pupilles et l'innocuité de ces crises répétées était rassurante. Une consultation provoqua l'administration du calomel, du musc, du bromure de potassium, de la belladone sans aucun succès. Les bains tièdes provoquaient des crises. De la tisane fut prescrite à la nourrice avec un régime plus délayé.

Il y avait quinze jours que cette singulière maladie durait, quand le médecin, questionnant de nouveau la nourrice en pré-

sence des parents, apprit qu'elle suivait bien mal ses prescriptions. Au lieu de boire de la tisane, elle avoua qu'elle buvait six à huit verres de vin pur par jour, depuis comme avant la maladie de l'enfant ; la nuit, elle trempait du pain dans une bonne verrée de vin pur, sous prétexte, dit-elle, qu'elle n'aimait pas l'eau du pays. Ce vin était généreux et capiteux. C'était l'explication de tous les phénomènes observés, depuis le progrès rapide de l'embonpoint graisseux, jusqu'à l'irritation générale et les accès convulsifs. La suite le prouva bientôt.

L'enfant fut mis à l'usage d'une grande quantité de boissons délayantes et diurétiques ; le sein fut défendu pendant six jours au moins et la nourrice dut se contenter d'un verre de petit vin étendu dans cinq d'eau. Le malade fut tenu à l'abri de la lumière et du bruit ; les membres furent laissés en liberté, ce qui parut lui procurer un grand soulagement.

Les crises continuèrent encore trois jours, toutes les vingt-cinq minutes ; puis elles s'éloignèrent, pour cesser tout à fait le cinquième jour. Depuis lors, il y a cinq mois, l'enfant va très-bien.

On ne saurait donc trop répéter ce précepte : pendant la lactation, non-seulement l'usage des liqueurs est dangereux, mais celui du vin en excès, sinon pour la mère, du moins pour l'enfant, en produisant chez lui des dérangements des organes digestifs et des convulsions. Dans plusieurs cas, le changement de nourrice a suffi pour guérir des accidents de ce genre.

M. le docteur Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a ajouté un second fait qui n'a pas moins d'intérêt et d'enseignement pour les familles. Il s'agit d'un gros et bel enfant, mis au monde par lui et qui fut confié à une nourrice sur lieu, également choisie par lui. Pendant les trois premières semaines, l'enfant allait très-bien, la nourrice paraissait excellente, quand la mère observa avec étonnement qu'après chaque tetée, son enfant, au lieu de s'endormir comme elle l'avait vu chez son premier enfant et comme c'est l'habitude, était agité, énervé, il criait, s'agitait et devenait rouge, comme s'il n'eût point été rassasié. Elle en fit part au médecin qui, examinant la nourrice, ne trouva rien à noter, son lait était très-abondant et riche en globules. Il l'engagea à patienter. Quelques jours après, l'enfant avait alors cinq semaines, une éruption très-abondante de gourme eut lieu sur la face, le cou et une partie du tronc ; la peau devint rouge, les garderobes

furent de plus en plus difficiles, et enfin, à cette agitation persistante après l'allaitement, succéda une fois une véritable crise convulsive dont il fut témoin, sans pouvoir, d'après les phénomènes présentés par l'enfant, attribuer son état à aucune des causes habituelles des convulsions infantiles. M. Charpentier questionna alors les parents et tout le monde autour de lui ; les domestiques finirent par avouer que l'enfant étant très-gros, très-vigoureux et tetant beaucoup, la nourrice, dont le lait avait déjà neuf mois, buvait par jour, dans le but de le renouveler, comme elle l'a avoué ensuite, quatre bouteilles de vin qu'elle supportait assez bien pour ne pas avoir soulevé les soupçons de sa maîtresse. L'intoxication alcoolique de l'enfant était donc probable. La nourrice fut surveillée attentivement et mise au régime suivant : Une demi-bouteille de vin par jour, plus une bouteille de bière ; un litre ou deux d'eau d'orge ; nourriture rafraîchissante.

En quelques jours, le bébé reprit complétement la santé ; il n'y eut plus d'agitation, plus de convulsions. En huit jours, la gourme disparut complétement, et la nourrice, attentivement surveillée, a continué à donner le sein à l'enfant sans nouveaux accidents jusqu'à trois mois et demi ; il n'a plus offert de phénomènes morbides depuis que le vin a été en grande partie supprimé dans l'alimentation de la nourrice sans que son lait en ait diminué.

ALIÉNATION MENTALE. La folie croît toujours en Angleterre et le pays de Galles. L'augmentation qui avait été, en 1871, de 1885 sur l'année précédente, — 188 aliénés privés et 1697 pauvres, — s'est élevée à 1856 en 1872 — dont 381 aliénés privés et 1275 pauvres. Ce qui formait un total de 60 296 aliénés au 1er janvier 1873. — 7023 étaient privés et 53 273 pauvres. Ces chiffres officiels résultent du 27e rapport des inspecteurs des aliénés qui vient d'être publié. *Honni soit qui mal y pense.*

Épreuve de la dynamométrie. On pouvait croire *à priori* que les forces des aliénés étaient moindres qu'en santé ; cela était même généralement accrédité. Mais aujourd'hui que rien ne doit plus être admis sans être prouvé mathématiquement par poids et mesure, il devenait indispensable que cette épreuve eût lieu. C'est le règne du positivisme. De là les épreuves faites sur

325 aliénés de l'asile de San Benedetto, 241 criminels et comparativement sur 52 hommes en santé, par le docteur Frigerio. Il en est résulté que la moyenne de la force du poignet, étant de 168 degrés et celle de la traction de 68, chez l'homme sain, est supérieure à celle des divers aliénés, dont la force varie suivant la maladie : 90 et 15 chez les pellagreux, 83 et 24 chez les épileptiques, 81 et 20 chez les déments, 76 et 23 chez les lypémaniaques et de 67 et 17 chez les idiots. Quant aux maniaques, leur force varie et est plus que doublée pendant l'accès que avant et après.

Comme dans l'état de santé, le degré des forces des femmes aliénées est très-inférieur à celui des hommes.

Quant aux criminels du bagne de Pesaro, dont la moyenne du degré de force est 110 et 30, on ne peut lui donner une valeur absolue en raison des tromperies, des erreurs dans lesquelles ils cherchent à mettre l'observateur à cet égard. (*Riv. clin. di Bologna*, janvier.)

Puissent ces expériences conduire à d'heureux résultats thérapeutiques.

Le docteur Riva a continué ces recherches d'anthropométrie sur 304 aliénés de l'asile de Pesaro. Après avoir pris la taille, le poids, les diamètres antéro-postérieur, transverse et frontal de la tête, ainsi que ses courbes longitudinale, transverse et sa circonférence sur 98 habitants, moitié hommes et moitié femmes, en bonne santé, pris dans les diverses classes et âgés de quatorze à cinquante-cinq ans, il a examiné et comparé, sous ces divers rapports, les aliénés, suivant les différentes maladies dont ils sont atteints. Les affections mentales se sont ainsi montrées plus fréquentes de trente à quarante-cinq ans, avec un poids généralement inférieur à celui des hommes sains. Cette diminution de poids est le moins marquée dans la mélancolie et la manie et le plus dans la pellagre. Dans la plupart des autres formes, le poids diminue avec la marche de la maladie.

Quant à la taille, la moyenne a été de $1^{m},71$ chez les hommes et $1^{m},33$ chez les femmes, tandis qu'elle était de $1^{m},70$ et de $1^{m},56$ chez les personnes saines, prises comme termes de comparaison. La différence est donc insensible et l'on comprend qu'elle ne puisse être aucunement influencée par la folie.

Sur 301 aliénés (3 monomaniaques ayant été omis), il a été noté des différences craniométriques très-sensibles entre les 108 atteints d'affections héréditaires et les autres, chez lesquels la

folie était acquise. Presque toujours, la capacité était moindre chez ceux-ci, lorsque la maladie durait depuis plus de vingt mois. La circonférence crânienne était de 56 centimètres chez 13 malades seulement sur 167 ; de 53 sur 31 et de 53, 54 chez les autres.

Les déformations du crâne se sont rencontrées surtout à la partie postérieure.

L'auteur examine de même la grandeur des yeux et des pupilles, des oreilles, des lèvres, du nez, des dents et même des cheveux. Mais sous tous ces rapports, les variations sont telles qu'il n'y a aucune loi à en tirer; d'autant plus, qu'en dehors de la maladie, l'action du climat, du sol, et de l'hérédité n'est pas étrangère à ces différences. (*Arch. ital. per le malattie nervose*, novembre.)

Désinfection des salles. On sait que l'usage de la térébenthine communique une certaine odeur de violette à l'urine et qu'elle en retarde la décomposition. L'infection de la salle des aliénés gâteux de Bicêtre, ayant désagréablement frappé M. le docteur Constantin Paul, malgré les soins renouvelés de six heures en six heures, il a cherché à y remédier. S'étant convaincu que l'odeur venait surtout de la décomposition des urines, il fit placer, dans la soupe de chaque gâteux, deux fois par jour, une pilule de 20 centigrammes de térébenthine cuite. L'odeur disparut aussitôt et l'expérience eut un plein succès pendant ses six mois de séjour. Ce moyen est continué aujourd'hui et même étendu au service des grands infirmes.

La tolérance est parfaite, les malades ne se doutent même pas qu'ils prennent une pilule, leur digestion n'en est nullement troublée, aucune modification ne se manifeste dans leur santé et l'urine rendue résiste pendant plus de vingt-quatre heures à la putréfaction. (*Répert. de pharm.*, n° 12.)

Législation. Il est toujours question de réformer, en France, la loi de 1838, dans le but de donner plus de garanties à la société. Une commission de l'Assemblée nationale est chargée de faire une enquête et de préparer un projet de loi à cet égard.

En Belgique, les choses sont plus avancées. Un procès scandaleux ayant révélé les plus tristes faits à l'asile d'Évère, le gouvernement s'est vu dans l'obligation de présenter un projet

de loi tendant à prévenir de nouveaux abus. En voici les principales dispositions :

« Nomination par le gouvernement des médecins des asiles d'aliénés ; fixation de leur traitement.

» Cautionnement à fournir par les propriétaires des établissements.

» Le gouvernement règle le régime intérieur des établissements qu'il administre ou qu'il pourra ériger lorsqu'il en aura reconnu la nécessité.

» Le gouvernement désignera un établissement public ou traitera avec un établissement privé pour le placement des prévenus, accusés ou condamnés qui seraient reconnus en état d'aliénation mentale.

» Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés, ou toute autre personne intéressée pourra, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le président du tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

» Des fonctionnaires spécialement délégués à cet effet et des comités permanents d'inspection seront chargés de veiller à l'exécution de toutes les mesures prescrites par la loi et les règlements.

» Chaque chef d'établissement et chaque comité d'inspection transmettra annuellement à l'administration supérieure un rapport sur la situation générale et les divers services soumis à sa direction ou à son contrôle. Le règlement organique déterminera la forme de ce rapport et les renseignements qu'il doit contenir.

» Le gouvernement présentera, tous les trois ans, aux Chambres législatives, un rapport sur la situation des établissements d'aliénés du royaume.

» La province et l'État interviendront par la voie de subsides, lorsqu'il sera reconnu que les communes n'ont pas les moyens d'y pourvoir sur les ressources ordinaires. »

Folie consécutive aux maladies aiguës. Un mémoire d'une profonde érudition par M. le docteur Christian, montre que la folie peut succéder à toutes les maladies aiguës, bénignes ou graves, sans que rien de précis, ni dans la forme du délire, ni dans le marche de la maladie en laisse prévoir l'invasion. Un trouble dans la nutrition du cerveau paraît en être la cause constante. Les troubles de la circulation et les altéra-

tions du sang sont ainsi plus particulièrement à redouter à ce point de vue. La durée de cette folie consécutive est ordinairement courte, et la guérison est la terminaison habituelle après un temps plus ou moins long. (*Arch. de méd.*, septembre et octobre.)

Influence de la variole. Peu d'observations ont été faites en France, ou du moins publiées, sur l'influence de la dernière épidémie variolique chez les aliénés. Elle a été nulle à l'asile de Préfargier, d'après les observations de M. le docteur Chatelain. C'est le contraire en Italie. Le professeur Berti (de Venise) a recueilli 50 observations de maniaques atteints de variole, dans l'espace de dix ans, dont 9 sont guéris sans récidive, 4 améliorés, 11 morts et 26 restés sans aucune modification. 8 aliénés atteints de variole grave à l'hôpital civil de Pavie, en ressentirent aussi de bons effets, suivant le docteur Meriggi : 3 guérirent complétement, 3 s'améliorèrent sensiblement, 1 fut modifié et l'autre resta dans l'état primitif. Enfin, 3 cas de variole grave, observés par le docteur Calastri à l'asile privé de M. Rossi (de Milan), furent également suivis de guérison dans 2, et d'amélioration dans le troisième. Sur le total de 61 cas, c'est donc 14 guérisons sans récidive et 8 améliorations. L'influence serait ainsi des plus heureuses si ces résultats étaient constants, et il faudrait presque penser à soumettre les aliénés à l'inoculation variolique. Mais, à en juger par la relation des trois observations de M. Calastri, on ne peut s'empêcher d'un certain doute. Il s'agit d'une manie aiguë et toute récente dans le premier cas, dont la guérison date à peine de quelques mois, et d'une manie chronique dans le second, remontant à 1846, avec de nombreuses périodes lucides et de récidives dans l'intervalle. Qui dit que le mieux actuel n'est pas une de ces périodes? Il y a donc lieu d'observer encore avant de conclure. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, septembre.)

ALLAITEMENT. *État du foie.* Un effet de la lactation, suivant M. de Sinetti, est de produire l'état graisseux du foie, qui, au lieu de se manifester de la périphérie au centre comme d'ordinaire, a lieu en sens inverse, c'est-à-dire du centre à la périphérie. Ces résultats ont été observés sur des animaux sauvages, des animaux domestiques et sur la femme elle-même. (*Acad. des sc.*, décembre 1871.)

M. Ranvier a confirmé expérimentalement ce fait curieux sur des chiennes, en notant qu'il contraste avec ce qui s'observe pendant la gestation et immédiatement après la parturition. Alors le foie contient moins de graisse qu'à l'état normal. Dès que la lactation s'établit, une quantité énorme de graisse, sous forme de grosses gouttes, se présente autour de la veine centrale hépatique, tandis que c'est à la périphérie du lobule qu'elle se produit dans la stéatose par empoisonnement et par engraissement.

Ce fait avait été signalé par différents auteurs, chez les nouvelles accouchées, mais sans qu'il soit démontré qu'il était sous l'influence de la lactation. Rien jusqu'ici n'explique ce fait curieux, puisque, d'après M. Cl. Bernard, la fonction glycogénique reste la même. On ne peut donc admettre qu'elle soit remplacée par une fonction stéatogène. (*Soc. de biol.*, mars 1872.)

ALUN. *Empoisonnement.* Telle est la rareté des faits de ce genre que des auteurs français, M. Desnos et Reveil, ont nié les propriétés toxiques de l'alun. M. Tardieu n'en parle pas, malgré les expériences d'Orfila sur ce sujet et les graves accidents observés par lui sur une femme ayant ingéré par erreur une petite dose d'alun calciné. Taylor seul en rapporte un cas mortel. Celui-ci a donc un grand intérêt.

Il s'agit d'un homme de cinquante sept ans, ayant des troubles gastriques, qui ingéra, le 15 mai 1872, 30 grammes d'une poudre qu'on lui avait délivrée comme du sel d'Angleterre pour se purger. Aussitôt l'ingestion dans un verre d'eau froide, une sensation de constriction brûlante se fit sentir dans la bouche, la gorge et l'estomac, nausées suivies d'un seul vomissement sanguinolent sans selles ; malaise extrême, angoisses insupportables, respiration fréquente, lipothymie, intelligence et sens intacts.

Le docteur Higguet, appelé sept heures après, reconnut un empoisonnement et le traita en conséquence, mais la mort survint une heure après.

Une autopsie juridique décela l'action d'une substance vénéneuse acide sur toute la longueur du tube digestif. L'analyse chimique ayant été ordonnée décela la présence, non du sel d'oseille, comme on le supposait, mais de l'alun calciné, ainsi qu'il résulte de la relation détaillée de ces longues et

minutieuses opérations. (*Ann. de la soc. médico-chir. de Liége*, avril.)

AMAUROSE. Amaurose par atrophie du nerf optique. Gori (d'Amsterdam) a publié deux succès obtenus avec le liniment suivant :

℞ Teinture d'iode. . . . . 4 grammes.
Nitrate de strychnine . . . . . 2 centigrammes.
Mêlez.

En badigeonner le pourtour de l'orbite et la tempe.

M. Fano ayant répété l'emploi de ce moyen, sur 10 amaurotiques de cette espèce a obtenu une amélioration très-sensible chez 9. C'est un résultat supérieur à tous les autres traitements. (*Ann. d'oculist.*, janvier.)

AMPUTATIONS. Basé sur les résultats de son observation journalière pendant le siége de Strasbourg en 1870, dont il relate les détails dans un mémoire intéressant, M. Tachard, médecin aide-major, montre que l'amputation primitive a donné proportionnellement de bien plus nombreux succès que l'amputation secondaire ou tardive. Ainsi, 26 amputations primitives donnent 10 guérisons et 16 morts ; 6 amputations secondaires ne donnent que 2 guérisons et 4 morts (*Recueil de méd. et chir. milit.*, mai, juin). On voit qu'en somme la différence est à peine sensible.

Réunion des plaies. M. Azam, chirurgien distingué de Bordeaux, traite ainsi les plaies d'amputations. Il taille deux lambeaux à peu près égaux et, après les avoir laissés découverts quelques instants, il en fait une hémostase complète et réapplique ces lambeaux en passant en sautoir, au fond de la plaie, un tube à drainage lavé à l'eau chaude, pour enlever l'excès de sulfure de carbone. Une couche de collodion fixe ce tube sur la cuisse. Les lambeaux sont réunis par une suture profonde, enchevillée avec des fils métalliques tordus simplement une ou deux fois, afin de pouvoir les relâcher consécutivement s'il est nécessaire. Une deuxième suture superficielle, faite avec le plus grand soin, termine le pansement. Il ne reste ainsi que le passage du drain pour la suppuration osseuse.

Le moignon est entouré d'une légère couche d'ouate avec un

petit bandage serré et solide. Les sutures superficielles sont enlevées au troisième ou quatrième jour, le drain au dixième, et les opérés, pansés avec l'alcool ou la ouate, sans eau ni éponge, sortent guéris complétement après quinze jours en moyenne. Une amputation de jambe fut ainsi cicatrisée au onzième jour, d'autres au treizième, et une jeune fille, amputée de la cuisse pour une tumeur blanche du genou, était guérie au seizième jour.

Aucune injection n'est poussée dans le drain, car l'auteur y voit l'inconvénient des substances toxiques avec l'eau ou celui de détruire les bourgeons par la seule action mécanique.

Que l'on considère cette méthode comme une espèce d'occlusion formant une plaie sous-cutanée, ou comme une réunion incomplète par première intention, ce procédé d'union des plaies d'amputations n'en mérite pas moins de fixer l'attention des chirurgiens. (*Assoc. franç.*, 2e session.)

Amputations sous-périostées. *Greffes médullaires.* La transplantation de la moelle des os contribuerait efficacement, suivant M. G. Felizet au travail réparateur du périoste. Ce serait ainsi un perfectionnement à la périostéotomie. Voici les conclusions des applications de cette nouvelle méthode faites sur les animaux :

1° Les transplantations de moelle des os dans un manchon formé par le périoste des os longs, présentent les conditions les plus favorables au succès de la greffe.

2° L'occlusion de la moelle greffée de la sorte, sous un manchon exactement suturé, a pour effet de produire la guérison des moignons osseux par un processus anatomo-pathologique, identique avec celui qui préside à la formation du cal, d'abord cartilagineux, puis osseux, des fractures simples.

3° L'ouverture accidentelle du manchon ne rend pas impossible la greffe de la moelle ; elle la rend incomplète en favorisant l'issue au dehors d'une partie du tissu transplanté. Elle a pour conséquence d'empêcher la formation des masses cartilagineuses. Elle entraîne l'ostéomyélite, au même titre que les sections simples des os à l'air libre dans les amputations ordinaires. (*Acad. des sciences.*)

Amputation contre la gangrène. Contre une gangrène spontanée du membre supérieur jusqu'aux deux tiers inférieurs

du bras chez une femme de quatre-vingts ans, M. le docteur Cersoy (de Langres) ne voulant pas administrer le chloroforme par prudence pour débarrasser la patiente de cette extrémité morte, objet de dégoûts continuels, fit la section cutanée en frisant les parties vivantes dans les tissus insensibles. La rétraction spontanée des tissus produisit ensuite un large sillon de séparation qui permit de disséquer le tissu cellulaire mortifié. Dans une seconde séance, le lendemain, les parties étant dégorgées, les muscles furent disséqués jusqu'à l'os sur la limite des parties mortes en interrogeant la sensibilité. L'humérus fut scié le plus haut possible en troussant les parties mortes.

Le membre fut ainsi reséqué sans douleur par cette énucléation pour ainsi dire, qui ne donna lieu à aucun retentissement général. Des pansements à l'alcool facilitèrent la cicatrisation, et il y eut ainsi un moignon très-louable. Huit mois après, l'opérée se portait parfaitement. C'est donc là un exemple à ne pas oublier. (*Bull. de thér.*, mars.)

ANADROSIE. Nom donné par M. Dally aux sueurs locales. — Voy. *ce mot.*

ANALGÉSIE SYPHILITIQUE. — Voy. Syphilis.

ANESTHÉSIQUES. *Danger relatif.* En combinant les statistiques américaine et anglaise sur les effets mortels des différents anesthésiques, M. J. Morgan est arrivé au résultat suivant :

Éther.	4	morts	sur 92 815	inhalations	(1 sur 23 204)
Chloroforme.	55	—	sur 152 260	—	(1 sur 2 873)
Mélange chloroforme et éther.	2	—	sur 11 176	—	(1 sur 5 588)
Bichlorure de méthylène. . . .	2	—	sur 10 000	—	(1 sur 5 000)

(*Bull. de thér.*, décembre 1872.)

Anesthésique local nouveau. C'est tout simplement l'alcool refroidi à 5° C. En arrêtant la circulation locale, le froid détermine, on ne le sait que trop, un engourdissement douloureux des plus pénibles, puis la congélation des parties et leur mortification. L'immersion du pied ou de la main dans l'eau glacée détermine une douleur telle que l'on est obligé de es retirer immédiatement. De là l'inconvénient et même le

danger de la glace comme anesthésique et son emploi très-restreint. La pulvérisation de l'éther produit le même effet.

Le docteur Horvath (de Kieff), expérimentant sur des grenouilles, a découvert qu'il en est tout autrement de l'alcool; non-seulement il ne produit pas l'effet douloureux de la réfrigération, non plus que la glycérine, mais il calme la douleur sans détruire la sensibilité tactile. C'est donc la séparation artificielle de deux fonctions nerveuses ; ce qui est important au point de vue physiologique et peut l'être encore davantage en thérapeutique pour la sédation des douleurs locales et l'anesthésie dans les petites opérations. Dans les brûlures, par exemple, M. Horvath a constaté que toute douleur disparaît immédiatement par l'immersion de la partie dans l'alcool, la rougeur environnante disparaît et la plaie prend un meilleur aspect. En agissant ainsi sur le système nerveux, l'alcool refroidi peut être d'une grande utilité en calmant la douleur, cause de la mort dans les brûlures étendues. Il peut être aussi utile dans le tétanos traumatique. L'extrême simplicité de son emploi et la facilité de ses applications sur toutes les parties du corps rendent donc cette découverte importante, si elle se confirme. (*Centr. für die medicin. Wissensch.*)

Collodion anesthésique. — Voy. Névralgies.

Protoxyde d'azote. *Danger de son inhalation.* Aucun anesthésique général ne peut être longtemps réputé parfaitement innocent. Le protoxyde d'azote jusqu'à présent, à part un ou deux faits qui n'ont pas été acceptés généralement comme probants, semblait promettre à la pratique dentaire une immunité réelle, à la condition que le gaz fût bien préparé. Cette fois l'accusation paraît plus sérieuse, elle vient du pays où le protoxyde d'azote est employé le plus communément. Le fait de mort s'est produit à Brooklyn (New-York), sur Me O Shanghnessy, qui avait inhalé le gaz pour une opération dentaire.

A l'autopsie, on trouva les poumons en état d'asphyxie, et l'enquête médico-légale établit que la mort a été causée par l'administration du protoxyde d'azote. Bien qu'il ne s'agisse que d'un fait isolé, il est en opposition avec la théorie de l'innocuité absolue de ce gaz, laquelle constitue le seul argument favorable à son emploi. Quiconque a été témoin de l'anesthésie par le protoxyde d'azote reconnaît que sa marche est en

apparence dangereuse et inspire la répulsion, de sorte que les malades et les médecins ne se décident à la pratiquer dans l'assurance que, sur des milliers de cas, il n'a pas produit d'accidents. Il semble maintenant que cette affirmation n'est pas absolument vraie, et la seule raison convaincante en faveur de l'adoption de cet anesthésique peut désormais être mise en doute. (*The med. Press and Circular*, octobre 1872.)

Si ce jugement pouvait paraître un peu sévère devant ce fait unique, il est justifié par un second fait semblable arrivé à Exeter, montrant la nocuité de cet anesthésique.

Une dame de trente-huit ans, bien portante, s'étant adressée à M. Brown-Mason, en compagnie de son médecin, pour se faire enlever une molaire de la mâchoire supérieure, fut soumise à l'inhalation du gaz. Une accélération du pouls en resulta, et à peine l'opération était-elle achevée que la pâleur de la face montra le danger. Malgré la sortie de la langue, la mort survint huit minutes après.

La gaz était pur. L'opérée n'avait pas mangé ; il n'y eut pas de syncope et il n'y avait aucun trouble circulatoire. Avant la mort, la face devint livide et gonflée comme dans l'asphyxie. (*British med. journ.*, février.)

Bien des efforts ont été faits par les dentistes pour innocenter cet agent de la mort, attribuée à des causes étrangères. La seule chose digne de remarque, c'est que la mort n'a pas été instantanée ; le pouls, la respiration, ont réapparu pendant quelque temps, il n'y a pas eu sidération, comme dans la mort par le chloroforme, mais plutôt un empoisonnement rapidement fatal, une asphyxie brusque, ce qui s'explique si ce gaz n'est pas respirable.

En présence de ces deux cas récents et d'autres analogues qui n'ont pas reçu la publicité désirable, il est urgent d'assimiler le gaz protoxyde d'azote aux autres anesthésiques pour ne plus permettre aux dentistes de l'employer impunément pour leurs opérations. Qu'ils recourent à la pulvérisation de l'éther sur le trijumeau en avant de l'oreille ou à l'électrisation de la dent pour diminuer la douleur, c'est bien ; mais qu'ils ne recourent pas aux anesthésiques généraux qui les exposent à des accidents qu'ils ne peuvent ni prévoir ni combattre en connaissance de cause.

Devant les opinions contradictoires, émises sur son action physiologique, MM. Jolyet et Blanche ont institué de nou-

velles expériences sur ses propriétés respirables et anesthésiques.

Pour résoudre la première question, ils ont placé ce gaz, chimiquement pur, sous des cloches contenant des graines d'orge et de cresson. Neuf à quinze jours après, ces graines n'offraient aucune trace de germination. Des graines en voie de développement donnaient le même résultat ; mais ce développement reprenait son cours dès que l'on faisait arriver sous la cloche quelques centièmes d'oxygène.

Ces effets sur les plantes et leur développement permettaient de penser que ce gaz n'était pas respiré sans danger par les animaux. Des oiseaux placés dans une atmosphère de ce gaz sont morts en trente secondes ; les lapins et les chiens en trois à quatre minutes. A la mort, le sang a été trouvé noir dans les vaisseaux, et les signes ordinaires de l'asphyxie, par respiration de gaz inerte, ont été constatés.

Le protoxyde d'azote possède-t-il réellement les propriétés anesthésiques qu'on lui attribue ? Dans le but de résoudre cette importante question, MM. Jolyet et Blanche ont fait des mélanges contenant de 18 à 21 d'oxygène et de 60 à 80 pour 100 de protoxyde. Des moineaux placés sous des cloches n'y sont pas morts plus rapidement que ceux qu'on avait placés comparativement sous des cloches renfermant de l'air ordinaire.

Chez des chiens, auxquels on a fait respirer des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène, la sensibilité s'est conservée intacte. Chez ceux auxquels le protoxyde d'azote a été donné pur, on a constaté que l'insensibilité arrivait entre la troisième et la quatrième minute, c'est-à-dire à un moment où l'animal offrait tous les signes de l'asphyxie.

Ces expériences paraissent suffisantes pour démontrer que le gaz protoxyde d'azote n'est pas un agent anesthésique véritable, et qu'il ne produit l'insensibilité qu'en amenant l'asphyxie. L'extraction des gaz du sang par la pompe à mercure, et leur analyse à l'eudiomètre, mettent, du reste, ce fait hors de doute, et démontrent que dans ce cas c'est par privation d'oxygène dans le sang, c'est-à-dire par asphyxie, que se produit l'anesthésie. — Voy. Ophthalmologie.

ANÉVRYSMES. Dans un mémoire sur les difficultés du diagnostic différentiel de l'anévrysme avec l'abcès, étude de

diagnostic chirurgical et de jurisprudence médicale, le docteur Stephen Smith, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à New-York, se fondant sur les principaux exemples d'erreur de diagnostic à cet égard, enregistrés dans les annales de l'art, établit par des propositions successives :

1° Qu'il n'y a pas de symptôme pathognomonique de l'anévrysme ;

2° Qu'il peut exister quand l'histoire et les symptômes indiquent un abcès, et *vice versa ;*

3° Que le plus sûr moyen de lever la difficulté est de consulter les antécédents ;

4° Que, cependant, l'anévrysme peut se développer dans un abcès avec ses symptômes particuliers.

S'il n'y a pas de problème plus simple ordinairement pour le praticien, que ce diagnostic, il peut donc présenter, rarement il est vrai, les plus grandes difficultés. D'où l'indication de ne pas le porter légèrement et de l'appuyer sur des signes certains et différentiels. De là aussi la nécessité de connaître les difficultés qu'il présente par les cas où les plus grands chirurgiens n'ont pu l'établir, à moins d'être responsable devant les tribunaux des terribles conséquences qui peuvent résulter de semblables erreurs. C'est donc un mémoire à consulter. (*The amer. Journ. of the med. sciences,* avril.)

Anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte. *Dyspnée intense.* Chez un homme de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital Beaujon le 19 octobre 1872, la dyspnée était si violente qu'elle simulait l'asthme. Mais ce malade n'avait jamais ressenti le moindre malaise, ni palpitations, ni dyspnée, rien enfin qui dénotât une affection thoracique. En raison même de la dyspnée, M. Axenfeld diagnostique une affection pulmonaire et le traitement est dirigé en conséquence : kermès, ventouses, morphine, sans résultat satisfaisant. Le malade meurt dans une syncope et l'autopsie montre un anévrysme ouvert dans le péricarde et refoulant ainsi les deux poumons. De là le symptôme prédominant observé.

Il résulte de ce fait, qu'il faut se tenir en méfiance contre une dyspnée à marche continue, survenant brusquement, sans fréquence du pouls ni élévation de la température. Si l'on élimine, en effet, les affections thoraciques auxquelles ne peuvent s'appliquer les symptômes observés, et que l'on ne puisse,

en raison de l'oppression, préciser l'état du cœur, il est rationnel de penser à un anévrysme, siégeant dans le voisinage de ce viscère. (*Union méd.*, n° 143, 1872.)

Chez un cordonnier de quarante ans, admis à la clinique de Naples, le 3 septembre 1872, avec toux intense, expectoration rare, dyspnée extrême et douleur dans le dos, accès fébriles tous les trois ou quatre jours, une erreur de diagnostic non moins grossière eut lieu. Cet homme. qui avait eu la syphilis dans sa jeunesse, était atteint de dyspnée habituelle avec toux légère, sans expectoration. Douleurs intenses partant de la colonne vertébrale et s'irradiant entre les côtes inférieures gauches. La respiration était surtout costale. Sonorité tympanique en avant, plus claire à droite, matité en arrière supérieurement. Du milieu du scapulum à gauche et de l'angle inférieur à droite jusqu'en bas existait une matité profonde avec bruit respiratoire très-faible. Le frémissement vocal, très-augmenté dans les fosses sus-épineuses, était nul en bas et en arrière. La matité cardiaque était diminuée d'étendue avec battements faibles. Pouls faible à 80. Température normale.

Le docteur Petteruti diagnostiqua une pleurésie double. Une médication alcaline avec diminution des liquides fut instituée sans résultat et la mort survint au trente-neuvième jour.

L'autopsie montra un abondant épanchement de liquide citrin dans les deux plèvres et le péricarde avec hypérémie très-marquée des voies aériennes, cœur normal. La paroi interne de l'aorte est athéromateuse et une tumeur, comme une orange, s'observe sur la partie antérieure de la portion descendante et recouvre les deux côtes de la colonne vertébrale à laquelle elle est fixée de la cinquième à la septième vertèbres dorsales qui, érodées, en formaient la paroi postérieure. Du sang s'en échappa abondamment, avec des grumeaux fibrineux, mous et sans apparence de stratification. (*Il Movim. med. chir.*)

Cette observation confirme donc la précédente.

Anévrysme de l'aorte. Un succès de la méthode du repos absolu, vantée par M. Joliffe Tufnell de Dublin, a été constaté sur un cadavre dans cette ville. Il s'agissait d'un malade traité à Liverpool, lorsque après l'insuccès de tous les moyens, il vint à Dublin en janvier 1873 pour se soumettre à ce mode de traitement. Placé dans le décubitus dorsal, il observa un repos absolu durant plusieurs mois. Il était guéri en apparence lors-

que survint une maladie de Bright, qui l'emporta au mois de septembre. L'autopsie montra la maladie des reins, comme cause de la mort, mais en même temps la parfaite guérison de l'anévrysme. Tout le sac anévrysmal était solidifié par des couches successives de fibrine avec un étroit passage au centre pour le cours du sang. Les vertèbres étaient intactes, ainsi que les artères adjacentes.

Il reste à se demander si ce mode de traitement en guérissant l'anévrysme n'a pas contribué à déterminer l'albuminurie mortelle. Ce serait tomber de Charybde en Scylla.

Anévrysme de l'aorte thoracique. *Danger de la réduction.* Chez un homme de cinquante-quatre ans, entré à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur anévrysmale occupant le bord droit du sternum, au niveau de la deuxième et de la troisième côte, M. Tillaux, exerçant une douce pression dessus, la réduisit complétement pour démontrer aux élèves qu'elle avait bien son point de départ dans la cavité thoracique et qu'elle avait troué le sternum. Mais en renouvelant cette démonstration, le malade s'arrêta brusquement dans sa réponse : *Je ne....* La face changea et pâlit, la bouche resta entr'ouverte, les yeux sans expression, comme vitreux, les traits immobiles comme le reste du corps tombé en complète résolution. Les bras soulevés, le gauche retomba inerte ; puis la paralysie passa à droite. L'intelligence ne reparut qu'une demi-heure après, mais la parole était impossible ; il y avait aphasie qui persista sept jours. Un caillot interne avait donc été déplacé par ces manipulations et entraîné vers la base du crâne. L'autopsie faite deux mois après cet accident ne permit d'en retrouver aucune trace. (*Bull. de thérap.* septembre.)

Coagulation. Le docteur Montenovesi a renouvelé, à Rome, la tentative faite en 1864, à Londres, de l'introduction d'un corps étranger métallique dans le sac anévrysmal pour provoquer la coagulation du sang. Il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte thoracique : une ponction capillaire du sac permit d'y introduire un ressort de montre sans accidents. La solidification même de la tumeur s'annonça par une diminution des battements et de la tumeur ; mais une extrémité du corps étranger ne tarda pas à faire saillie, et malgré les tentatives d'extraction et de refoulement, la mort arriva le vingt-cinquième jour après

cette tentative, tandis qu'elle était survenue le cinquième dans celle de M. Moore (voy. *année* 1864). Si l'innocuité de l'introduction de ces corps étrangers est ainsi démontrée, ce que l'on savait du reste par l'application de l'acupuncture et de l'électropuncture, il en est de même de son inutilité pour la guérison de ces cas graves. (*Gazz. med. Venete*, avril et mai.)

Anévrysme axillaire gauche. *Guérison par la compression indirecte intermittente.* Chez un maçon de quarante-quatre ans, entré le 31 décembre 1866 à l'hôpital Lariboisière, M. Verneuil constate dans l'aisselle gauche une tumeur du volume d'une orange qui la remplit presque entièrement. Son début remonte à 1859. Elle a 9 centimètres de diamètre, forme en bas une saillie convexe et soulève en avant le bord inférieur du grand pectoral. Elle n'atteint pas la clavicule en haut et laisse libre la partie supérieure du creux sous-claviculaire.

Des battements isochrones à la systole cardiaque, un bruit de souffle intense et unique, le mouvement d'expansion, montrent que c'est un anévrysme simple de la partie inférieure de l'artère axillaire. La sous-clavière et l'humérale sont saines ; faibles battements de la radiale, absence d'œdème et de dilatations veineuses. Compression du nerf cubital qui provoque des douleurs dans la main et surtout dans le petit doigt tout à fait engourdi.

Avant de recourir à la ligature, l'arrêt de la circulation locale est tenté par l'attitude forcée du bras, mais sans résultat. La compression directe y succède et, après plusieurs séances, on constate une diminution des battements, du souffle et de l'expansion. On comprime alors directement la sous-clavière avec un sachet de plâtre, une pelote de plomb moulée dans le creux sus-claviculaire. Le malade peut exercer ainsi lui-même la compression continue sans se fatiguer ni le secours des aides. Six semaines après, la tumeur a diminué d'un tiers, les battements sont faibles et le souffle doux. Liberté des mouvements de la main ; plus d'engourdissement.

Par la continuation de ce moyen, la tumeur devient dure, mobile, et se réduit graduellement à 5 centimètres de diamètre sans douleurs, ni gêne, ni engourdissement. Battements très-faibles et expansion à peine sensible. Le malade quitte l'hôpital à la fin d'avril pour continuer la compression dans son pays sans reprendre ses travaux.

Un an après, les nouvelles sont satisfaisantes. Le malade cesse la compression et recommence à travailler. Au commencement de 1872, il écrit qu'il se sert de son bras gauche aussi bien qu'avant sa maladie. La tumeur est réduite au volume primitif d'une noisette. (*Gaz. hebdom.*, n° 12.)

Cette guérison bien établie est remarquable en ce sens qu'elle est peut-être le premier exemple d'un anévrysme axillaire guéri par la compression. Il est donc encourageant pour la tenter à l'avenir.

Un cas analogue est rapporté par le professeur Rizzoli. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans qu'il observa à Bologne, au mois de novembre 1872. Au mois de mai précédent, il avait commencé à sentir, sans cause apparente, une douleur dans le bras droit avec sensation de fourmillements dans le pouce et l'index. L'anesthésie s'empara ensuite de ces doigts, avec extension sur le bord radial de l'avant-bras. Un gonflement parut en dedans de la clavicule, et étant reconnu comme anévrysmal, à l'hôpital de Pérouse, la compression directe fut appliquée sans succès. Il augmenta de volume, les pulsations de force, gagna le cou, et menaçait de suffocation.

A l'examen, M. Rizzoli constate une tumeur ovoïde, placée dans la fosse sus-claviculaire, dirigée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas. Elle remplit presque complétement le creux axillaire. Elle est dure, douloureuse, mate à la percussion, et donne les signes physiques ordinaires de l'anévrysme. L'état athéromateux évident du vaisseau s'opposant à la ligature, le chirurgien appliqua son sceau compresseur, à intervalles intermittents. La réduction du volume de la tumeur et la diminution des pulsations s'ensuivit bientôt, ainsi que l'engourdissement des doigts. Quand la tumeur eut presque disparu, un bandage compressif fut appliqué à demeure et compléta la guérison. (*Bull. delle sc. med. di Bologna.*)

Anévrysme de l'aorte abdominale. La tumeur mesurait 1 pouce 1/2 en longueur et 1 pouce en largeur chez un homme de soixante-cinq ans. Le docteur Wolff institua le traitement suivant : A l'intérieur, il administra l'acide tannique en solution, localement, il fit appliquer de la glace, et tous les jours il pratiqua, matin et soir, une injection sous cutanée d'extrait de seigle ergoté à la dose de 10 centigrammes. Ce traitement fut commencé le 10 avril. Le 17 du même mois, on constata déjà

une diminution notable dans les pulsations de la tumeur, mais celle-ci n'avait pas encore changé d'une manière appréciable. Le 20 avril, on supprima le tannin. Le 22, on ne fit plus qu'une seule injection sous-cutanée par jour et à partir du 26 une tous les deux jours; les applications de glace furent continuées. Le 1er mai on ne constata plus de pulsations anormales et toute tumeur avait disparu ; l'artère présentait son calibre ordinaire. (*Berl. klin. Wochenschr.* juillet.)

Anévrysme fémoral simulant un cancer. Un colporteur, de trente-sept ans, sans antécédents héréditaires, mais ayant éprouvé des accidents syphilitiques qui l'avaient fait réformer pour une iritis spécifique, vit se développer, à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, une tumeur si douloureuse qu'elle l'obligea de garder le lit. La douleur augmentait avec le volume. Admis, un mois après, à l'hôpital de Bristol où il resta six semaines, cet homme en fut renvoyé comme ayant une tumeur maligne et incurable. Il en fut de même à l'infirmerie. En novembre 1872, le docteur Gloag mesure le membre au-dessus du ligament de Poupart et lui trouve une circonférence de 27 pouces 1/4 au lieu de 16 du membre sain. Rénittence de la tumeur, veines superficielles saillantes ; absence de bruit et de pulsation quelconque. Douleurs paroxystiques des plus intenses avec tension de la tumeur et augmentation d'un demi-pouce de circonférence, œdème du membre sans engorgement glandulaire.

L'apparence cachectique du malade, l'accroissement rapide de la tumeur et les douleurs intenses qu'elle provoquait, joints à l'absence de bruit et de pulsation, firent croire à un cancer médullaire lorsque, après la mort survenue le 28 décembre, l'autopsie montra, sous une épaisse couche de muscles, une masse de caillots, de consistance variée, dont le poids total était de 14 livres. Le fémur en était érodé en avant et tous les tissus environnants désorganisés. Le nerf crural antérieur dont le tissu était seul reconnaissable était profondément confondu dans cette masse de caillots. Un anévrysme de l'artère fémorale superficielle droite fut découvert avec dilatation des collatérales.

Cet exemple d'anévrysme diffus montre qu'il peut simuler une tumeur maligne pour des chirurgiens exercés et empêcher ainsi d'y opposer les moyens curatifs dès son début. (*British med. Journ.*, mai.)

ANGINES. *Perchlorure de fer.* Quand l'angine prédomine, le docteur Silbergleit administre, toutes les heures, 20 à 30 gouttes de perchlorure de fer dans de la glycérine. Les pustules de la gorge se sèchent aussitôt et diminuent ainsi le gonflement et l'hypérémie. De là l'emploi de ce moyen dans l'angine aiguë. (*Berl. klin. Woch.*, décembre 1872.)

Térébenthine. Un morceau de flanelle, pliée en quatre doubles, étant imbibé d'eau chaude, le docteur Roberts verse dessus l'essence de térébenthine dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, qu'il applique et maintient sur la région sous-parotidienne tant que le malade peut le supporter. Après ces fomentations, il fait, toutes les deux heures, des frictions térébenthinées sur la même région.

Cette pratique a l'action résolutive la plus heureuse sur l'engorgement des amygdales, la térébenthine paraît agir dans ces cas plus qu'un simple révulsif ; car elle produit des effets que l'on n'obtient ni de la moutarde, ni de l'huile de croton, de la teinture d'iode et des autres dérivatifs. (*The Leavenworth med. Herald.*)

Angine granuleuse inflammatoire. *Inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque.* Sur 102 cas d'angine traités par ce moyen depuis cinq ans par M. Libermann, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à l'aide de l'ingénieux inhalateur Lœwin, dont il donne la description, il a obtenu 18 guérisons complètes dans les cas d'angine granuleuse inflammatoire, dans une durée de dix semaines à trois mois. Les malades faisaient quatre aspirations par jour, de cinq à dix minutes de durée, à un intervalle assez éloigné des repas pour ne pas provoquer les vomissements. La fumée du tabac, les liqueurs alcooliques et les mets épicés leur étaient défendus.

Dans tous les autres cas d'angine granuleuse herpétique, une amélioration très-notable a eu lieu dans 72 cas, en diminuant la sécheresse, le sentiment de brûlure et de picotement de la gorge. La voix, complétement voilée dans 22 cas, a été modifiée par une action sur les cordes vocales. En activant momentanément la congestion chronique de ces membranes, ces inhalations en déterminent la résolution et, au bout de cinq à six jours, elle a quelquefois complétement disparu ; la contractilité musculaire est excitée, les cordes vocales se rapprochent

et permettent ainsi à la voix de reprendre son timbre et sa pureté habituels. Parfois, cet effet est presque immédiat et persiste assez pour être une précieuse ressource momentanée pour les chanteurs, les prédicateurs et les orateurs atteints d'angine granuleuse. Il n'y a pourtant pas eu de guérison complète, et si ce moyen est plus rapide et préférable aux médications topiques : badigeonnage ou cautérisation, il doit toujours être accompagné d'un traitement général.

Dans 20 cas néanmoins le résultat a été nul.

Dans certaines formes d'angine granuleuse s'étendant à la muqueuse nasale, les malades doivent faire passer la fumée par le nez, comme les fumeurs de cigarettes. Si l'inflammation s'étend dans les trompes, il suffit que les malades se bouchent les narines pendant quelques instants pour que, par ce mécanisme, la fumée y pénètre. La surdité entretenue par cet état a été guérie ou améliorée dans un certain nombre de cas.

Une irritation vive de la muqueuse amenant la chute, puis le renouvellement de l'épithélium et une hypersécrétion locale, est le premier effet de ces inhalations. Une exacerbation de tous les symptômes en résulte, mais pour se calmer bientôt.

L'action générale est une accélération du pouls, un sentiment de chaleur et d'excitation avec moiteur de la peau, et parfois même, sueurs abondantes. Augmentation des urines. La toux et les chatouillements sont calmés. (*Union méd.*, n° 102.)

Angine de poitrine. Dans une série de *leçons sur les signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du cœur et de l'aorte thoracique* et formant une étude complète de cette maladie si grave, M. le docteur Peter en repousse les diverses théories étiologiques, anatomiques et physiologiques, ne visant qu'une lésion, une altération, un organe ou une condition pathologique exclusive. Pour lui, et d'après les faits bien constatés qu'il signale, l'angine de poitrine qui tue est une *névrite cardiaque*, c'est-à-dire une lésion des filets sympathiques et vagues du plexus cardiaque, plus une *névrite diaphragmatique*, plus une *péricardite*, et tout cela par AORTITE. On devrait donc l'appeler plus exactement *névrite cardiaque exacerbante*, ou si l'on veut conserver le mot, *angine de poitrine névritique* qu'il distingue ainsi de l'*angine de poitrine névralgique* ou *névralgie cardiaque*.

ANGINE DE POITRINE NÉVRITIQUE.	ANGINE DE POITRINE NÉVRALGIQUE.
1° Maladie survenant surtout dans la vieillesse et dans la vieillesse anticipée par l'alcoolisme, le tabagisme chronique, etc., dans les diathèses accompagnées de l'usure précoce des épithéliums (goutte, rhumatisme, scrofule).	1° Maladie de la jeunesse, pouvant survenir chez les hystériques, les névropathiques, les hypochondriaques, à la suite d'abus de tabac (tabagisme aigu).
2° Altérations de l'aorte (aortite, athéromes artériels, dilatation, anévrysme de l'aorte) donnant lieu à l'inflammation du péricarde péri-aortique, des nerfs du plexus cardiaque (*névrite cardiaque*).	2° Pas d'altérations aortiques (*névralgie cardiaque*).
3 Le plus souvent, par suite de la propagation de la phlegmasie du plexus cardiaque aux nerfs diaphragmatiques, symptômes communs de névrite cardiaque et phrénique.	3° Retentissement rare du côté du nerf phrénique et absence de douleurs aux insertions diaphragmatiques.
4° Douleurs sourdes et continues dans les nerfs atteints pendant l'intervalle des attaques.	4° Absence de douleurs dans l'intervalle des attaques.
5° Affection grave se terminant le plus souvent par la mort.	5° Affection ordinairement de peu de gravité, se terminant par la guérison.
6° Traitement de l'*inflammation* par les émissions sanguines et les révulsifs locaux.	6° Traitement de la *névrose* par les injections sous-cutanées de morphine, les antispasmodiques, les stimulants diffusibles.

Angine couenneuse. *Cautérisation.* A propos de *quelques réflexions sur la thérapeutique du croup*, par M. le professeur Malherbe (de Nantes) à la Société de médecine de cette ville, et de la discussion qui s'en est suivie, dans lesquelles la cautérisation a été généralement repoussée, M. le docteur Théobald Thibault a relaté une épidémie d'angine couenneuse contre laquelle ce moyen a, au contraire, fait merveille. Il employait une solution d'azotate d'argent au cinquième, qu'il portait sur les parties malades à l'aide d'une éponge, après avoir enlevé préalablement toutes les fausses membranes visibles. Ces cautérisations, faites avec énergie et soin, étaient répétées journellement ou tous les deux jours, jusqu'à ce que la teinte grisâtre et l'épaisseur caractéristique des fausses membranes fussent d'un blanc laiteux et d'une faible consistance. La moyenne a été ainsi de trois cautérisations consécutives. Des insufflations ou des gargarismes d'alun étaient faits dans l'intervalle. C'est ainsi que, sur un total de 195 cas de diphthérie observés dans sept communes circonvoisines, il n'y eut que 38 décès dont 22 de croup, sur 30 cas et 7 seulement d'angine couenneuse sur

158 cas, malgré leur gravité attestée par des paralysies consécutives.

L'indication de la cautérisation est, pour l'auteur, dans l'accès facile des fausses membranes qu'il est ainsi possible de modifier, de détruire sur place. On les atteint facilement dans le pharynx et l'on prévient leur extension par continuité à la trachée et au larynx dans l'angine couenneuse. C'est ainsi qu'elles sont préventives du croup, qui n'est souvent que la suite de celle-là, et c'est la difficulté, sinon l'impossibilité de les atteindre dans celui-ci, qui explique les nombreux insuccès de la cautérisation. Des faits nombreux et comparés, ayant la valeur d'une véritable expérimentation clinique, ont démontré dans cette épidémie la supériorité de la cautérisation. Ainsi se trouve réhabilitée, par un digne émule de Bretonneau et de Trousseau, leur médication tombée aujourd'hui en grand discrédit. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 2e trimestre.)

Ce n'est pas la première fois que l'emploi du nitrate d'argent est signalé comme ayant donné des succès aussi remarquables. Nous en avons cité des exemples en 1864, mais sans que l'on puisse dire le secret de ces succès exceptionnels, sinon la nature bénigne de cette maladie ou plutôt des pseudo-croups.

ANILINE. *Dangers.* Chez deux hommes atteints de psoriasis, M. Lailler, ayant appliqué sur l'avant-bras gauche une compresse contenant 50 grammes d'une solution au dixième de chlorhydrate d'aniline, vit survenir, une heure et demie après, des symptômes cholériformes : vomissements opiniâtres et très-répétés, algidité, cyanose, pouls petit et fréquent, douleurs vives dans les talons et les mollets, voix éteinte. Devant ces effets, il en conclut que c'est là un poison dangereux qui, d'après Starkow, produit sur le sang des effets analogues à ceux de l'ammoniaque et de l'hydrogène phosphoré ; elle détruit l'hémoglobine sans rétablir ou provoquer la raie de l'hématine au spectroscope. D'après M. Lutz, elle agirait en s'emparant de l'oxygène du sang. (*Soc. méd. des hôpit.* mai, et *Union méd.* n° 67.)

ANTHRAX. *Nouveau mode de débridement.* M. Bardinet, s'inspirant de la nécessité qu'il y a de débrider le plus largement possible, opère de la manière suivante :

Dans un premier temps, il introduit un bistouri droit à la base de la tumeur, la lame couchée parallèlement à cette base.

Il pousse l'instrument jusqu'à ce que la pointe ait traversé la tumeur de part en part, sans toutefois percer la peau du côté opposé à l'entrée, et retire son instrument. Dans un deuxième temps, il introduit un bistouri boutonné d'une longueur convenable dans le canal tracé par le bistouri droit, et décrivant en deux fois un cercle complet avec le tranchant, il détache la tumeur de ses attaches profondes, sans intéresser la peau, puis tournant le tranchant de son instrument vers la superficie de la tumeur, il fait trois incisions comprenant toute son épaisseur et rayonnant du point d'entrée de l'instrument. La tumeur se trouve ainsi divisée en quatre segments, analogues à quatre tranches de melon réunies à leur face convexe par leur peau demeurée intacte.

On a ainsi un débridement des plus complets, et, pour rendre la guérison plus assurée, on fait dans l'intérieur de la tumeur des injections détersives, et l'anthrax se flétrit avec la plus grande rapidité.

Voici dans quelles circonstances a été employé ce procédé :

Un homme de cinquante-huit ans entre à l'hôpital le 2 octobre ; il porte à la partie postérieure de l'épaule gauche un anthrax dont il fait remonter le début à trois semaines. Cette tumeur, à grand diamètre vertical, a 14 centimètres de long et 13 de large. Le 3, M. Bardinet fait le débridement par le procédé indiqué et prescrit des injections à l'alcool. Le 4, la tumeur est flétrie, elle est molle et a beaucoup suppuré. Le malade, qui souffrait considérablement avant l'opération et ne pouvait reposer, a été immédiatement soulagé et a pu dormir pendant la nuit. On continue les injections pour ne pas laisser séjourner le pus. Le 10, l'anthrax est complétement détaché, la plaie est vermeille et suppure à peine. (*Revue méd. de Limoges.*)

ANUS IMPERFORÉ. *Résection du coccyx.* Quand l'ampoule intestinale n'est pas perceptible à l'extrémité postérieure du périnée et que le doigt ne sent pas le cul-de-sac, M. Verneuil, au lieu de pratiquer une ponction hasardée, fait l'excision du coccyx, afin d'agrandir et de faciliter le champ pour la recherche de l'intestin. Dans ce cas, on le trouve souvent remonté en arrière et cette résection abrége les temps de l'opération. 6 fois, M. Verneuil l'a pratiquée et a rencontré l'intestin après quelques minutes de recherche. Alors l'abaissement du rectum

est moins nécessaire et sa suture à la peau en arrière en est d'autant facilitée. Il fonctionne très-bien plus tard, comme deux succès le démontrent. Il n'y a pas d'incontinence des matières fécales.

Ce procédé n'est ni difficile ni dangereux, d'après M. Guyon, mais il n'empêchera pas, dans certains cas, d'être obligé de recourir à l'opération de l'anus contre nature, bien qu'il puisse la prévenir quelquefois. (*Soc. de chir.*, mai.)

M. le docteur Tarnier a mis ce procédé à exécution chez un nouveau-né. Après une incision de 2 centimètres s'étendant jusqu'à la pointe du coccyx, il reséqua 5 à 6 millimètres de celui-ci pour faciliter la recherche du bout inférieur de l'intestin qu'il découvrit sans peine. Il en fit l'ouverture et unit la muqueuse à la peau par quelques points de suture. L'enfant succomba vingt-quatre heures après, par suite d'une communication entre la trachée et l'œsophage.

M. Depaul s'élève contre cette méthode, en règle générale, comme inutile dans la majorité des cas. Elle peut même être nuisible, car, dit-il, la nature ne nous a pas donné un coccyx pour rien. (*Idem.*, octobre.)

APHASIE. *Destruction traumatique de l'hémisphère droit du cerveau, sans altération de fonctions.* Observation remarquable par le professeur Porta (de Pavie), en faveur de la substitution d'un hémisphère à l'autre pour l'accomplissement des fonctions intellectuelles, sinon de la prééminence fonctionnelle de l'hémisphère gauche sur le droit, suivant la théorie de M. W. Ogle (voy. *année* 1872). Il n'y avait, dans ce cas d'un jeune homme de vingt-huit ans, ni aphasie, ni perte de l'intelligence ni de la mémoire. Une simple hémiplégie en résulta surtout pour le bras, dont les fonctions musculaires furent très-notablement améliorées par l'emploi de l'électricité.

Et cependant on pouvait mesurer la destruction de l'hémisphère droit par un enfoncement correspondant, une cavité n'ayant pas moins de 5 centimètres de profondeur sur 9 de largeur. Aucune pulsation n'était perceptible, et cependant si le blessé baissait la tête pendant quelques minutes cette bourse tégumentaire de la cicatrice se remplissait jusqu'au niveau du crâne et donnait une sorte de fluctuation au toucher. (*Imparziale*, n° 3.)

Si les lésions du cerveau présentent ainsi assez fréquem-

ment de notables anomalies dans leurs conséquences pathologiques, celle-ci est des plus remarquables pour renverser les théories sur la localisation des facultés cérébrales, celle de la parole, du langage et de l'intelligence particulièrement.

Ce qui n'empêche pas M. le professeur Bouillaud, auteur de la localisation du langage articulé dans les lobes antérieurs, de rester fidèle à sa croyance et de persister énergiquement dans sa doctrine. A propos d'un charretier robuste et dans la force de l'âge, qui, tombant de voiture et perdant connaissance, fut relevé paralysé du côté droit et privé de la parole lorsqu'on l'apporta à l'hôpital de la Charité, le savant professeur a insisté énergiquement pour faire admettre, comme il le croit lui-même, une lésion des lobes antérieurs du cerveau. Sans pouvoir dire si cette lésion est organique ou moléculaire, M. Bouillaud remarque que cet homme a repris possession de son intelligence en marquant, par signes, qu'il entend bien et comprend ce qu'on lui dit, remuant la langue et les lèvres comme s'il voulait parler, mais ne proférant, n'articulant aucun son. (*Acad. des sc.*, juin.)

Sans doute, il n'y a pas d'effet sans cause, mais la persistance de la parole, malgré la désorganisation des lobes antérieurs, comme il en existe des exemples, montre que cette localisation est fautive et la réapparition de la parole, après un temps plus ou moins court, comme dans les cas célèbres de Lordat, Rostan, montre aussi que la lésion, si elle existe, n'est pas univoque. Il y a donc là de nombreuses inconnues à débrouiller.

Remarques sur l'interdiction des aphasiques. L'article 489 du Code civil n'appliquant l'interdiction qu'à l'aliéné, l'imbécile, le dément et le furieux, l'aphasique n'étant pas aliéné, ne doit ni ne peut être interdit. Telle est la thèse soutenue par M. J. Lefort, avocat. Si M. J. Falret et d'autres médecins admettent que la raison et l'intelligence de l'aphasique sont toujours plus ou moins lésées, c'est parce que la majorité des aphasiques ont été observés dans les asiles d'aliénés. L'aphasie n'est que la perte totale ou partielle de la parole et parfois de la faculté d'écrire. Mais les diverses facultés de l'homme étant complétement indépendantes, et la parole surtout n'étant pas soumise à l'intelligence, elle peut manquer sans que celle-ci soit atteinte. Exemple : Lordat et tant d'autres ; Marcé et Trousseau partageaient cet avis. La perte de la parole n'est pas plus un cas d'interdiction pour l'aphasique que pour le sourd-muet

lettré, qui peut se marier et consentir valablement aux conventions accessoires du mariage, comme l'a décidé la Cour de cassation. M. Lefort propose simplement que si l'aphasique est dans l'impossibilité de se faire comprendre et de gérer ses affaires, un conseil judiciaire lui soit adjoint pour l'aider à cet effet.

Mais la commission de la *Société de médecine légale* en a conclu autrement. Ajoutant à l'article 489 précité le texte de l'article 499 qui donne aux tribunaux le droit de pouvoir ordonner l'assistance d'un conseil judiciaire en rejetant l'interdiction, le rapporteur montre que la justice est parfaitement armée pour en juger dans tous les cas, soit l'interdiction quand il s'agit d'un aphasique aliéné, soit l'assistance judiciaire ou le renvoi pur et simple quand il y a lieu. Aucune innovation légale n'est donc nécessaire à cet effet. (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, octobre 1872.)

APHONIE. N'étant ordinairement qu'un symptôme, c'est à en rechercher la cause productrice que l'on doit s'appliquer. Les exemples suivants sont des indications utiles pour la direction de ces investigations étiologiques.

Aphonie saturnine. Une paralysie des muscles aryténoïdes durait depuis six ans et demi et avait résisté à la faradisation, aux injections de strychnine et d'autres moyens, lorsque l'intoxication saturnine ayant été soupçonnée, le docteur André Smith (de New-York) administra l'iodure de potassium suivi de la faradisation et bientôt la voix reparut. C'est là un exemple frappant que la connaissance des causes des maladies est le plus sûr moyen de les guérir. (*New-York med. Journ.*, avril.)

Aphonie syphilitique. *Syphilis intra-crânienne.* Si ce symptôme provient ordinairement d'une altération syphilitique du larynx que l'examen au laryngoscope révèle le plus souvent, il ne serait pas juste de conclure, selon M. Hucklings Jackson, à l'absence de cette cause originaire, lorsque le laryngoscope ne révèle rien. La cécité syphilitique ne se manifeste pas seulement par des manifestations syphilitiques de l'œil. Dans certains cas d'aphonie, le larynx ne présente d'autre altération sensible que la paralysie d'une corde vocale. Si le malade présente des signes externes de syphilis, cette paralysie peut résulter d'une lésion des racines de la huitième paire.

Cette forme de syphilis intra-crânienne ne lui paraît pas très-rare. Il en a vu plusieurs cas, et en rappelle deux, où l'examen du larynx, par le docteur Morell Mackensie, n'avait montré aucune autre lésion appréciable que la paralysie de la corde vocale gauche. L'autopsie révéla, entre autres lésions, une maladie syphilitique de tous les nerfs de la moelle allongée et de la huitième paire en particulier de ce côté. Excepté une atrophie du muscle crico aryténoïde gauche, le larynx était libre de toute lésion. (*British med. Journ.*, 25 janvier.)

Ce point d'étiologie est surtout important à établir pour le traitement spécifique à instituer en pareil cas.

Aphonie hystérique. *Courants électriques.* Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, syphilitique, atteinte depuis plusieurs mois d'aphonie hystérique par paralysie des cordes vocales. Le docteur Petrilli eut l'idée d'employer l'électricité et se servit de l'appareil de Gaiffe. Un excitateur en forme d'olive fut placé sur la région antérieure du cou; l'autre, de même forme, sur les côtés de la thyroïde. A la première application, la malade jeta un cri et fut prise de convulsions hystériques ; on dut cesser immédiatement. La seconde application fut bien supportée, et, lorsque la malade commença à se plaindre de la douleur occasionnée par le courant, la voix était redevenue tout à fait normale; depuis lors, elle est restée naturelle. (*Il Morgagni*, 1872.)

APOPLEXIE PULMONAIRE. Chez deux hémiplégiques, un homme et une femme, placés l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hospice d'Ivry, M. le docteur Ollivier constata une congestion avec apoplexie du poumon du côté paralysé. La mort en fut la conséquence et l'autopsie révéla, dans les deux cas, un foyer hémorrhagique dans le corps opto-strié gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'hémiplégie et à l'apoplexie pulmonaire. Il en conclut que cette apoplexie pulmonaire, soit diffuse, soit circonscrite, dans l'épaisseur du parenchyme ou à sa périphérie, est sous la dépendance de l'hémorrhagie cérébrale. Une congestion plus ou moins intense, souvent généralisée, des épanchements sanguins considérables sous la plèvre, peuvent aussi s'effectuer. La pneumonie hypostatique, simple congestion œdémateuse, s'observe aussi chez les vieillards dans les mêmes circonstances, comme un exemple en fait foi.

Ces lésions pulmonaires, d'origine encéphalique, suivent de très-près l'attaque d'hémorrhagie cérébrale ; neuf à dix heures dans un cas et un peu plus de temps dans les deux autres, suffirent à les faire constater. (*Soc. de biol.*, juin, et *Arch. de méd.*, août.)

Si cette interprétation se confirme — et il n'est guère permis d'en douter par la rapidité de ce développement et l'unitéralité de la lésion, — elle accréditera la doctrine de M. Brown-Séquard sur la constance d'hémorrhagies viscérales à la suite des lésions encéphaliques, surtout de la base. Ce serait encore là un effet trophonévrotique (voy. Trophonévroses). M. Schiff, le premier, a observé des hémorrhagies viscérales chez des animaux auxquels on pratique des lésions cérébrales. Depuis plus de cinq ans, M. Charcot a signalé différentes lésions hémorrhagiques intra-viscérales. Bien que le mécanisme de cette coïncidence soit encore en discussion, on ne plus révoquer ce fait en doute, et c'est aux praticiens à y porter la plus sérieuse attention. L'*hémiplégie pneumonique* étudiée par M. Lépine et la *pneumonie d'origine cérébrale*, décrite par M. le docteur de Smeth (voy. *années* 1870-1872) sont aussi des preuves à l'appui de cette interprétation, que les nouveaux faits cliniques de M. Ollivier mettent hors de doute.

ARAROBA. Arbre du Brésil donnant une poudre très-efficace contre l'herpès circiné et très-employée en Cochinchine. — Voy. Herpès.

ARSENIC. *Nouvelles voies d'empoisonnement*. Un monsieur d'un certain âge consulta M. le docteur Wintrebert (de Lille), au commencement de 1873, pour des démangeaisons très-vives qu'il ressentait à l'anus et survenues à la suite d'un purgatif. Des lotions, des lavements, un régime, furent prescrits ; mais quinze jours après, le malade revint. Des cuissons très-douloureuses, ne laissant aucun repos, l'obligeaient à se lever plusieurs fois la nuit pour se lotionner, afin de calmer la sensation de brûlure qui le tourmentait.

L'examen montra sur tout le pourtour de l'anus, dans un rayon de 5 à 6 centimètres, l'existence d'une série de petites ulcérations d'un brun rougeâtre, de quelques millimètres d'étendue et séparées par la même distance.

La cause du mal était inconnue ; seulement plusieurs

membres de la famille, jusqu'à la servante, en étaient atteints. La recherche des causes apprit que l'apparition du mal concordait avec l'usage *d'un papier d'affiche coloré en vert* dont on avait déposé une liasse dans les latrines. La couche verte dont il était revêtu présentait les caractères de l'arsénite de cuivre et l'analyse, faite par M. Meurein, ne laissa aucun doute.

Il suffit de supprimer l'usage de ce papier pour que les soins précédents guérissent le mal. (*Bull. méd. du Nord*, mars.)

Un autre mode d'empoisonnement, aussi nouveau et curieux, par ce poison redoutable, s'est produit encore tout récemment dans des circonstances qui méritent d'être connues pour mieux être évitées.

Il s'agit d'un chasseur, employé supérieur d'une grande administration, qui avait fait orner son bureau d'une grande quantité d'animaux empaillés, parmi lesquels des animaux d'une taille assez élevée, des renards, des loups, des fouines, etc. Ainsi qu'on le sait, ces bêtes sont conservées au moyen de préparations arsenicales, et, en particulier, au moyen du savon Bécœur.

L'extrême dépérissement dans lequel était tombée la personne, objet de cet empoisonnement lent, avait à peu près disparu par un séjour de deux mois aux bains de mer. A peine rentrée dans le milieu toxique où elle avait contracté les premiers accidents, ceux-ci se renouvelèrent de plus en plus intenses. M. le docteur Delpech eut alors l'idée de faire examiner chimiquement par M. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, quelques grammes des poussières recueillies sur le bureau et les meubles divers. Le résultat de cet examen fut une démonstration péremptoire de la présence du poison.

ARTÈRE HUMÉRALE. *Bifurcation.* Telle est la fréquence de la bifurcation de l'artère humérale, que sur 100 autopsies faites par moitié sur les deux sexes, M. Foltz l'a rencontrée 28 fois : 15 fois sur l'homme et 13 sur la femme ; 19 fois à droite, 6 fois à gauche, et 3 fois des deux côtés. Cette bifurcation a lieu à différentes hauteurs. Cette anomalie est assez fréquente pour que les chirurgiens en tiennent compte. En décrivant avec soin les dispositions très-variées de cette anomalie, le mémoire de M. Foltz leur servira utilement ainsi qu'aux auteurs classiques. (*Lyon méd.*, n° 16.)

ASPHYXIE PAR SUBMERSION. *Caillots cardiaques.* Basé sur quelques expériences de lapins noyés, M. Le Bon prétend que la respiration artificielle par l'insufflation pulmonaire, la méthode Sylvester ou la compression du sternum, non plus que l'électricité, sont tout à fait incapables de ramener les asphyxiés par submersion à la vie, car il existe toujours dans le cœur d'animaux adultes, ayant séjourné quatre à cinq minutes sous l'eau, des *caillots noirs volumineux.* Il faudrait donc les dissoudre pour rappeler la circulation et cela est tout à fait impossible. Le rappel à la vie ne s'explique dans ces cas que par une frayeur ou la syncope de l'asphyxié en tombant dans l'eau. Cessant aussitôt de respirer et le cœur cessant de battre pendant la submersion, le noyé est soustrait à ces dangereux effets.

Suivant ces expériences, une température égale à celle de la chaleur normale du corps, soit 37 degrés, serait aussi plus favorable que le froid, généralement recommandé pour le rappel à la vie. Voilà donc encore deux prétendues découvertes exclusivement fondées sur l'assimilation de l'homme au lapin. C'est assez en dire la valeur. (*Acad. des sc.*, décembre 1872, et *Gaz. hebd.*, n° 50.)

Asphyxie locale des extrémités. — Voy. Gangrène.

ASPIRATION. A défaut des divers instruments si variés et toujours si coûteux, inventés depuis deux à trois ans pour la pratiquer, M. Béranger-Féraud a imaginé un moyen extemporané permettant de se passer d'instrument spécial. Il ponctionne la partie à explorer, avec le trocart filiforme de la trousse dont le prix est si minime qu'il se trouve entre toutes les mains. Puis retirant le mandrin aigu, il pose, sur la canule restée en place, un verre à ventouse ordinaire, dans lequel il fait le vide à l'aide d'un papier allumé. Ce moyen si simple lui a suffi, au Sénégal, dans l'épanchement pleural, l'abcès du foie, la tumeur synoviale et dans toute autre poche liquide.

Quand l'emploi du verre est difficile ou impossible, par la disposition superficielle de la partie à opérer, il le remplace par la fiole à potion dans laquelle il fait le vide au moyen d'une allumette ou une goutte d'alcool enflammé. L'aspiration peut ainsi se faire sans instrument spécial dans toutes les régions du corps. (*Soc. de chir.*, mai.)

Traité de l'aspiration des liquides morbides, méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement, kystes et abcès du foie, hernie étranglée, rétention d'urine, péricardite, pleurésie, hydarthrose, etc., par le docteur Georges Dieulafoy (médaille d'or des hôpitaux de Paris). 1 vol. in-8°. Paris.

Cette nouvelle méthode a pris une si grande extension qu'un livre est devenu nécessaire pour indiquer, condenser et classer tous les faits qui s'y rapportent. Ses applications sont signalées dans ce Dictionnaire à différents mots ; mais, avec l'engouement dont on s'est épris pour cette nouveauté, les excès sont plutôt à redouter que les négligences de son emploi, surtout sous l'influence de l'activité juvénile de son inventeur. Il en est ici comme de la méthode sous-cutanée il y a vingt-cinq ans. Nous recommandons donc à ce sujet le rapport de M. Després au mot Hydarthrose pour mettre une sourdine, un frein salutaire à cet engouement et régler, mesurer plus scientifiquement l'emploi de cette utile méthode et des divers instruments qui s'y rapportent.

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice, par M. le docteur Castiaux. Paris. Plaidoyer convaincu en faveur de cette méthode et de ses applications multiples, avec des observations à l'appui.

ASTHME. *Inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque.* De même qu'il les a employées dans l'angine granuleuse, la bronchite chronique, la coqueluche (voy. *ces mots*), le docteur Libermann les a expérimentées dans 6 cas d'asthme nerveux, sans emphysème pulmonaire ni dilatation du cœur. Constamment, elles ont diminué la durée et la violence des accès. Chez deux malades, les accès ont même complétement disparu par l'usage quotidien de l'appareil; chez les quatre autres, ils ont seulement été éloignés. Par sa facilité d'emploi, c'est donc un moyen à ne pas négliger. (*Union méd.*, n° 102.)

Hydrothérapie. Dans deux cas d'asthme très-intense, dont la nature n'est pas spécifiée, l'emploi de l'hydrothérapie par M. Dally guérit le premier malade et améliora considérablement le second. Mais il survint, chez tous les deux, une affection prurigineuse très-tenace. Ce qui est la preuve pour M. Martineau que l'asthme dans ces cas était de nature herpétique ou

arthritique. En ramenant à la peau l'éruption, et en libérant ainsi les voies respiratoires, l'hydrothérapie n'a pas précisément guéri l'asthme ; elle n'a agi que comme révulsif. Telle est l'interprétation. (*Soc. de thérap.*, avril.)

ATAXIE LOCOMOTRICE. Symptomatologie. *Diplopie oscillante, intermittente et rebelle.* Nouvelle observation clinique recueillie avec précision par le docteur Ch. Reymond sur une jeune femme qui, deux ans après le début, éprouva des douleurs fulgurantes dans les muscles des membres inférieurs avec douleurs térébrantes dans le genou droit qui la réveillaient au milieu de la nuit. Dès lors, l'ataxie locomotrice fit des progrès lents mais continus, ainsi que les troubles oculaires, au point de ne laisser aucun doute dans le diagnostic.

Jointe à l'observation semblable d'un médecin inspecteur d'une station thermale de Savoie qui présenta les mêmes phases, ce signe acquiert une grande importance pour le diagnostic de l'ataxie locomotrice. (*Gazz. delle clin.*, n° 41.)

Influence du repos. La maladresse des ataxiques à marcher, résultant de l'affaiblissement et de la contraction saccadée de leurs muscles, les expose surtout à tomber et à se fracturer les membres inférieurs. Qui n'a tremblé de crainte à cet égard en les voyant marcher avec l'incertitude qui les distingue et les caractérise? C'est par suite de cet accident que l'influence salutaire du repos s'est révélée à M. le docteur Weir Mitchell dans six cas qu'il rapporte. Dans le premier, le malade fut renversé d'une petite voiture, dix ans après le début des accidents, et une rupture des ligaments latéraux internes en résulta. Pendant un séjour forcé de trois mois au lit, les douleurs diminuèrent d'abord d'intensité, puis de fréquence, et cessèrent enfin sans reparaître plus tard. Les symptômes ataxiques ne firent aucun progrès, malgré une maladie des poumons qui le conduisit au tombeau plusieurs années après cet *heureux* accident.

Un ataxique de quarante-sept ans, s'étant fracturé la jambe, vit ses douleurs cesser pendant un long séjour au lit. Elles n'ont pas reparu depuis cinq ans, mais l'ataxie persiste.

De même chez un troisième ataxique, dont la consolidation d'une double fracture de la cuisse et de la jambe amena la cessation des douleurs et l'arrêt de la maladie depuis quatre ans, dont la marche était très-rapide avant cet accident.

Dans un quatrième cas, les douleurs cessèrent également pour ne plus reparaître pendant le traitement d'une fracture de la jambe gauche.

Le cinquième est une femme de quarante-huit ans, actuellement à l'hôpital orthopédique de Philadelphie, qui souffrait de violentes douleurs ataxiques. S'étant fracturé la jambe gauche, il y a quelques semaines, les douleurs ont cessé depuis son séjour au lit pour le traitement de sa fracture.

Enfin, pour vérifier la réalité de cette action du repos sur l'ataxie, M. Mitchell a soumis l'un des malades les plus graves de l'hôpital orthopédique de Philadelphie à un repos forcé au lit pendant plusieurs semaines, en cessant tout autre traitement, et le résultat a été des plus satisfaisants. Tandis qu'il ne pouvait marcher sans aide auparavant, ni se tenir debout les yeux fermés, et que les douleurs étaient extrêmes, il put, après six semaines de repos presque absolu, se tenir debout les yeux fermés, marcher sans aide dans la chambre, sans que les douleurs se soient manifestées depuis le septième jour de son traitement par le repos absolu au lit. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Il est ainsi évident que cette amélioration n'est pas une simple coïncidence. L'activité fonctionnelle est donc préjudiciable aux ataxiques, de même que le mouvement rappelle la douleur dans certaines névralgies de la face. Sans chercher à en expliquer le mécanisme, on peut donc essayer du repos. Si l'expérience en confirme l'efficacité, ce sera un grand progrès dans cette maladie si grave.

Bromure de potassium. M. Siredey l'administre en solution dans de l'eau distillée à dose élevée, progressive, et rapidement croissante, en débutant par 2 ou 3 grammes et augmentant de 1 gramme par jour, de manière à atteindre la dose quotidienne de 8, 10 et même 12 grammes et ne s'arrêtant qu'au moment où le résultat désiré est produit.

Mettant alors à profit les remarques de M. Vulpian qui a observé qu'une fois obtenu l'effet des doses élevées, il n'était plus besoin de les continuer pour entretenir le même effet sédatif, il suffit de 2 grammes pour maintenir le calme que l'on n'avait pu produire qu'avec 6 ou 8. On a ainsi l'avantage de ne pas laisser le malade s'habituer à l'usage du bromure de potassium, qui dès lors perd son efficacité. Et si les douleurs reparaissent,

il suffirait d'élever la dose de 2 à 4 grammes pour obtenir aussitôt l'effet voulu. (*Bull. de thérap.*, 1872.)

ATHÉTOSE. A ce mot nouveau, exprimant le mouvement continu et involontaire des doigts et des orteils (voy. *année* 1872), paraissent se rattacher des affections de nature différente sur lesquelles les observateurs sont loin d'être d'accord. Elles n'ont de commun que le mouvement exprimé par ce mot et, sous ce rapport, il peut avoir une certaine utilité en réunissant ces différentes affections jusqu'à ce que leur nature soit mieux élucidée. Épileptiformes, d'après M. Hucklings Jackson et quelques aliénistes, ces mouvements seraient choréiques d'après l'observation suivante qui a une certaine analogie avec les précédentes.

Un modeleur de vingt-six ans, syphilitique, est subitement frappé d'hémiplégie gauche qui s'améliore graduellement au point de permettre de reprendre le travail deux mois après l'invasion. Mais bientôt les doigts de la main paralysée sont graduellement pris de mouvements involontaires *comparables à ceux des choréiques*, dit M. Morat. Ils consistent en un soulèvement alternatif de tous les doigts, les uns après les autres, et en une déviation de ces doigts du côté du bord cubital ; ils s'exécutent assez lentement, augmentent d'intensité quand le malade fixe son attention sur eux; ils existent aussi aux doigts du pied gauche et sont plus intenses au moindre effort, gênant un peu la marche et surtout la descente des escaliers. Ils ne disparaissent même pas pendant le sommeil.

A partir de l'apparition de ces mouvements, la paralysie ne s'améliora plus, et malgré un traitement antisyphilitique prolongé, ces mouvements ont toujours persisté. (*Lyon méd.*, n° 23, 1872.)

Sans rechercher si ces mouvements sont plutôt choréiques qu'hystériques ou épileptiques, produits par l'alcoolisme ou la syphilis, ils paraissent dépendre plutôt du siége de la lésion que de sa nature. Le corps strié, fixé par les précédents observateurs, pouvait également être lésé dans ce dernier cas.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. Cette affection, dont la découverte due à M. Duchenne est toute récente, ne devrait plus être considérée comme une unité pathologique spéciale d'après les découvertes nouvelles du microscope. L'atrophie aiguë des cellules motrices en serait la cause première, de même que de la *paralysie infantile spinale* ou *atrophique de*

l'enfance, la *paralysie spinale de l'adulte*, la *paralysie ascendante aiguë* qui seraient ainsi une seule et même affection due à cette lésion unique et commune : l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. La clinique les avait séparées, l'anatomie pathologique microscopique les réunit ; c'est un grand fait qui, s'il se confirme, sera un grand honneur pour les histologistes, car il y a encore plus d'un point obscur et contradictoire à cet égard.

L'atrophie *aiguë* des cellules motrices amène la paralysie et l'atrophie musculaires chez l'enfant comme chez l'adulte ; voilà la synthèse. C'est la même maladie, ce sont les mêmes symptômes commandés par une lésion unique. Aucune différence essentielle ne sépare la paralysie atrophique de l'enfance et la paralysie spinale aiguë de l'adulte, comme MM. Duchenne et Charcot l'ont exprimé d'après les signes physiques. La lésion cellulaire, non encore rencontrée dans cette dernière, en était la seule différence. M. Gombault, en la constatant, les a réunies indissolublement, mais par un seul fait (*Arch. de physiol.*, n° 1). Si cette lésion offre une évolution lente, chronique, elle produit l'*atrophie musculaire progressive*. Entre ces deux formes se place, au point de vue de la marche, la *paralysie ascendante aiguë*. Ainsi trois ordres de faits se présentent cliniquement suivant que la lésion centrale suit une marche aiguë, subaiguë ou chronique, tandis que le fait anatomique est unique : l'atrophie des cellules motrices, se traduisant par divers états morbides, très-analogues entre eux.

C'est cet important travail d'ensemble que M. le docteur Petitfils, s'inspirant des travaux épars sur la matière, a exécuté dans sa thèse :

Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris, par A. Petitfils.

Malheureusement, l'examen microscopique de la moelle est loin d'être fait dans tous les cas. Il manque ainsi dans le suivant, communiqué à la Société clinique de Londres par le docteur Greenhow, et dont le caractère suraigu présente un intérêt exceptionnel.

Une domestique de vingt-six ans, bien constituée, fut prise, dans les derniers jours de janvier, de douleurs abdominales, faiblesse générale, embarras de locomotion des membres, avec sentiment de chaleur et d'élancement dans les muscles pecto-

raux. Le 7 février, ne pouvant plus se mouvoir, elle dut garder le lit, et le 20, elle fut admise à l'hôpital. A l'examen, elle paraissait bien portante ; figure assez pleine. Mais le grand pectoral était notablement diminué et les muscles des extrémités encore plus atrophiés, mous et relâchés. Elle put encore sortir du lit, mais ne pouvait serrer qu'imparfaitement les mains, se plaignant de douleurs dans les membres et le ventre. Elle remuait librement les bras et les mains exempts de rougeur, de gonflement et de ramollissement. Couleur rouge spéciale des urines, pouls à 140, température à 40 degrés centigrades. Délire fréquent et sueurs constantes diminuant tellement les forces qu'en peu de jours la malade était clouée immobile sur son lit. Une bronchite catarrhale l'enleva en trois heures par défaut d'expectoration.

L'examen microscopique des muscles révéla une dégénérescence granuleuse des extenseurs des bras et des autres muscles du corps jusqu'au diaphragme et aux parois du cœur, qui étaient les moins affectées. C'est par cet examen superficiel que la cause de la maladie est restée si longtemps ignorée. (*Lancet*, mai.)

A l'appui de l'opinion qui la rattache à une lésion du grand sympathique, le docteur Riva rapporte les deux cas suivants :

I. Un homme de quarante-cinq ans, atteint de démence alcoolique depuis cinq ans, fut pris tout à coup d'atrophie musculaire progressive avec kérato-iritis, tendance à la gangrène de la cornée et un ozène double. L'usage du phosphore fut sans effet, tandis que, après un mois de l'emploi des courants constants appliqués sur le sympathique au cou, une notable amélioration se manifesta, quand une pneumonie intercurrente enleva le malade. L'autopsie ne révéla que de vagues altérations des centres nerveux sans rien de spécial.

II. Un homme de trente-huit ans était déjà dans un état avancé d'atrophie avec infiltration séreuse de la papille et congestion de la rétine, quand le phosphore et le nitrate d'argent furent employés en vain. L'application électrique fut faite comme dans le cas précédent, et deux mois après une grande amélioration était sensible, et la guérison complète au bout d'un an. (*Riv. clinica di Bologna*, octobre 1872.)

Ces résultats thérapeutiques et les lésions oculaires et nasales sont des preuves pour l'auteur que l'atrophie a son origine dans une altération du grand sympathique.

AUSCULTATION. *Vagino-utéroscope*. Le docteur Verardini a modifié cet instrument pour l'auscultation intra-vaginale de l'utérus. Il en fait fabriquer deux modèles, droit et courbe, de gutta-percha, qu'il applique librement dans le vagin sans recourir au spéculum comme avec le vaginoscope de M. Routh (voy. *année* 1864). Il l'applique non-seulement au diagnostic de la grossesse (voy. *ce mot*), mais aux maladies de cet organe.

Son application au diagnostic des calculs vésicaux a également été faite à Dublin. — Voy. Calculs.

Craquement scapulaire. Signe nouveau ou peu connu d'une lésion qui ne l'est pas davantage. C'est un bruit plus ou moins dur, rapeux, qui s'entend même à distance par les mouvements alternatifs d'élévation ou d'abaissement de l'épaule et qui est perçu par la paume de la main appliquée sur le scapulum. Deux hommes, atteints précédemment de pleurésies chroniques et entachés d'hérédité tuberculeuse, l'ont ainsi signalé et présenté à M. Galvagni après l'avoir entendu eux-mêmes. Le thorax était déformé de ce côté avec atrophie musculaire évidente. La colonne dorsale était même légèrement incurvée dans un cas. Le craquement s'entendait aussi distinctement par le mouvement manuel que spontané de l'épaule, donnant la sensation d'un frémissement dur, analogue au frottement de deux corps durs ou à celui que fait le cheval en mangeant l'avoine. Il ne produit aucune douleur.

L'un des malades étant mort, l'autopsie montra, outre les lésions pulmonaires, l'atrophie et la pâleur des muscles du dos. Une vaste bourse muqueuse, irrégulièrement ovale, de 7 à 8 centimètres de diamètre et remplie d'un liquide visqueux transparent, se trouvait sous le scapulum, entre le muscle sous-scapulaire, presque entièrement atrophié, et le muscle grand dentelé qui ne l'était pas moins. Cette bourse était donc le seul intermédiaire entre le scapulum et les côtes, dont la cinquième et la sixième étaient dénudées dans une étendue de 3 à 4 centimètres avec couleur gris roussâtre et ramollissement. Rien de semblable n'existait du côté opposé.

C'est donc un signe, suivant l'auteur, à rechercher à la suite des épanchements chroniques. Le frottement des deux surfaces osseuses en serait la cause, résultat de l'atrophie des muscles intermédiaires.

Il l'a rencontré plus doux et moins étendu chez une gantière atteinte de spasme, de crampes des doigts avec atrophie musculaire jusqu'à l'avant-bras. Et concluant par induction, il en infère qu'il y a également atrophie des muscles sous-scapulaires dans ce cas, comme dans la crampe des écrivains, chez lesquels ce craquement pourrait ainsi se rencontrer. (*Bull. delle sc. méd. di Bologna*, p. 417.)

AVORTEMENT. *Prophylaxie.* La tendance universelle aujourd'hui de simplifier l'administration des médicaments, a conduit le docteur Isham (de Cincinnati) à employer la morphine de préférence à l'opium, principalement sous forme d'injections hypodermiques, pour arrêter les contractions utérines, prodromiques de l'avortement. Sur sept cas, les contractions et les hémorrhagies furent arrêtées, mais l'avortement ne fut prévenu que quatre fois. (*Amer. Journ. of med. sciences*, janvier.)

Outre l'extrême facilité d'employer l'opium en lavement, il est plus rationnel et moins dangereux d'y recourir ainsi, contre l'avortement, que par des injections hypodermiques morphinées. L'action du premier est plus locale, et il ne faut pas oublier que des morts subites ont suivi l'emploi du second moyen. C'est une innovation dont le besoin ne se faisait pas sentir et que nous signalons sans la recommander.

Chloral. Son emploi a fait cesser les contractions utérines dans deux cas : l'un observé par M. Martineau, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme enceinte de sept mois, prise de coliques à la suite de l'usage du sulfate de quinine ; le second, par le docteur J. Besnier, observé sur une primipare de six mois. Dans les deux cas, le laudanum avait été employé préalablement, dans le second surtout 70 gouttes avaient été administrées en lavement, presque coup sur coup, sans aucune sédation des douleurs. C'est alors qu'une potion avec 4 grammes de chloral fut donnée, mais aussitôt vomie. Le reste fut immédiatement administré par l'anus, et en quelques minutes toute douleur utérine avait cessé. Et comme ces douleurs reparurent à deux reprises, un nouveau lavement avec 2 grammes de chloral les calma de même. Des garderobes consécutives à chaque lavement les firent cesser, et l'avortement fut ainsi prévenu. (*Union méd.*, n° 114.)

C'est donc là un moyen à ne pas négliger, seul ou concur-

remment avec l'opium ; quand celui-ci ne réussit pas ou est contre-indiqué, son action amyosthénique le rend utile dans l'avortement comme dans l'accouchement à contractions irrégulières et douloureuses. — Voy. Accouchement.

AZOTURIE. Ce nom nouveau, donné par M. le docteur Bouchard, s'applique à l'émission anormale de l'urée et des autres principes azotés de l'urine. Le diabète est ainsi une azoturie pour le jeune clinicien, comme toute altération fonctionnelle où les combustions organiques s'exécutent trop rapidement. D'où la maigreur générale, la sécheresse et l'âpreté de la surface cutanée qui s'observent en pareil cas.

L'arsenic et la valériane à haute dose sont les deux agents opposés avec succès contre cette altération fonctionnelle. Douze gouttes de teinture de Fowler par jour ont suffi à la combattre efficacement chez une jeune fille. On peut ainsi arrêter l'azoturie dans l'espace de cinq jours, qu'elle soit ou non accompagnée de polyurie. Les succès de l'arsenic, relatés par M. Devergie, contre le diabète, témoignent aussi de son utilité (voy. *année* 1871). — Voy. Diabète, Urée.

B

BILE. *Sécrétion.* De nouvelles expériences, faites suivant une nouvelle méthode pour recueillir la bile, ont été instituées par M. le professeur Stricker, conjointement avec le docteur Röhrig. Une canule était introduite dans le canal cholédoque ; un tube de caoutchouc y était adapté et se terminait dans une cornue tenue constamment au même niveau. Il en est résulté que tout ce qui détermine l'hypérémie des vaisseaux hépatiques augmente la sécrétion biliaire, tandis que l'anémie en amène au contraire la diminution. Elle est ainsi suspendue, arrêtée par la diète, le jeûne des animaux, de même que par la ligature des veines porte et hépatique ; celle de la veine hépatique seule, comme de l'aorte au niveau du diaphragme, la diminue seulement. Celle de la veine cave ascendante l'arrête immédiatement. Toutes les conditions favorisant la contraction, le resserrement des vaisseaux, comme l'irritation d'un nerf exposé, la division de la moelle au-dessous de la moelle allongée et l'injection de la strychnine en diminuent aussi la sécrétion.

Au contraire, elle augmente après le repas, par l'introduction de l'eau dans l'estomac et les intestins, des cathartiques comme l'huile de croton, la coloquinte, le jalap, le calomel et le sel d'Epsom, de même que par la ligature de l'aorte au-dessous de l'origine de l'artère cœliaque. (*Gesellsch. der Aerzte*, 28 mars.)

BLENNORRHAGIE. *Complications.* Sur 485 blennorrhagies observées et traitées à l'Antiquaille de Lyon en 1870, et 368 en 1871, M. Dron, chirurgien de cet hôpital spécial, a noté 272 fois l'orchi-épididymite, 40 fois la cystite, 23 fois l'adénite inguinale et 13 fois seulement des douleurs articulaires et une seule sciatique. D'où la difficulté d'établir rigoureusement l'étiologie blennorrhagique du rhumatisme. S'il suffit de sonder les blennorrhagiens, de les soumettre au refroidissement, comme à un bain pris intempestivement, pour voir se produire des douleurs articulaires, il n'est pas moins fréquent de voir apparaître celles-ci sous l'influence de ces dernières conditions sans que l'urèthre soit malade. (*Soc. des sc. méd.* et *Lyon méd.*, n° 2.)

Complications insolites. Un garçon de dix-sept ans, très-bien portant, contracte une blennorrhagie intense le 13 juin, et dès le lendemain, en sortant d'un bain prolongé pour la combattre, il est pris de frissons et de douleur à l'articulation tibio-tarsienne gauche qui envahit successivement les autres articulations. L'uréthrite continua néanmoins sa marche malgré un traitement antirhumatismal très-actif, et ne céda que le dizième jour. Le cœur se prend à mesure que les articulations se libèrent, et le douzième jour il y avait un épanchement péricardique abondant. Puis, c'est un épanchement pleurétique au vingtième jour, qui nécessite la thoracentèse avec issue de 1800 grammes de sérosité sanguinolente. Enfin, au quarante-cinquième jour, l'épanchement s'étant reproduit, une infiltration générale rendait le sort de ce malheureux désespéré, lorsque l'emploi des toniques, des diurétiques surtout amenèrent une diurèse rapide et abondante qui détermina la guérison. (*Lyon méd.*, janvier.)

Sans disserter pour savoir si la blennorrhagie et le rhumatisme sont indépendants, comme le prétend M. le docteur Meynet, qui a recueilli cette observation remarquable, il est évi-

dent que l'épanchement pleurétique et l'anasarque n'avaient pas plus de raison de se développer après ce rhumatisme. Il paraît donc plus clinique d'admettre que l'infection blennorrhagique a été la cause déterminante de toutes ces redoutables complications, chez un garçon peut-être prédisposé et mal constitué héréditairement.

Bougies Reynal. Elles sont souveraines contre la blennorrhagie chronique et les érections nocturnes, selon M. Lorey. Sur 20 cas de blennorrhagie chronique, traités par ce moyen à l'hôpital du Midi, tous ont guéri radicalement, à l'aide d'une bougie au sulfate de zinc simple ou belladonisé, dans un temps relativement court, comme le résumé des observations en témoigne. Neuf bougies suffisent ordinairement en moyenne contre des écoulements datant parfois de plusieurs années, sans qu'il survienne d'orchite ni autre complication.

Sur 60 cas de chaudepisse aiguë, au contraire, cette bougie au sulfate de zinc n'a qu'une efficacité égale aux injections analogues. Mais additionnée d'opium ou de belladone, elle prévient et arrête parfaitement les érections nocturnes, et calme immédiatement les douleurs insupportables qui accompagnent et suivent la miction.

Leur action est multiple : le zinc modifie la muqueuse, la belladone et l'opium calment la douleur, et en isolant les parois enflammées, ces bougies agissent comme corps étrangers et tarissent ainsi l'écoulement. La facilité et la simplicité de leur usage, leur innocuité, les rend ainsi préférables aux injections hypodermiques ou intra-uréthrales et autres moyens. (*Ann. de dermat. et syphil.*, n° 1.)

Bougies caustiques au silicate de potasse. — Voy. Bougies.

Blennorrhagie cordée. *Mort.* Un jeune homme de vingt-trois ans entra à l'hôpital de la Conception (de Marseille), avec une blennorrhagie cordée datant de huit jours. Les souffrances étaient fort vives et la fièvre intense. Bientôt on remarqua au niveau de la courbure une plaque de sphacèle qui, en tombant, laissa à nu les corps caverneux. Des frissons se déclarèrent, la suppuration prit un mauvais aspect, plusieurs articulations devinrent douloureuses. Le malade succomba dans le délire. A l'autopsie on trouva les veines de la verge et des plexus prosta-

tiques enflammées, et du pus dans les viscères et dans les articulations. (*Marseille méd.*)

C'est à tort que l'on considère ce triste résultat comme l'une des complications à redouter de cette maladie simple en général. Évidemment, il n'est que l'effet de la négligence du malade, et c'est ainsi que trop souvent les maladies les plus simples, négligées ou mal soignées, aboutissent à de pareilles conséquences. Publier partout ce fait serait donc le plus sûr moyen d'en prévenir le renouvellement.

BLÉPHAROSPASME. Blépharospasme intermittent. Aux exemples déjà cités par les différents ophthalmologistes, le docteur Seeligmuller relate le suivant comme un exemple d'intermittence.

Une paysanne de cinquante-neuf ans souffrait depuis trente ans d'un spasme palpébral, revenant à intervalles irréguliers dépassant rarement une heure. Sa durée est de deux à trois minutes. Le relèvement manuel de la paupière supérieure le fait cesser. Malgré divers traitements : injections hypodermiques d'atropine et de morphine, application de vésicatoires, section des nerfs sus-orbitaires, courants continus, tout fut inutile, et la guérison ne put être obtenue.

Ce spasme avait débuté après de violents accès d'odontalgie et un violent refroidissement prolongé. C'était une femme essentiellement nerveuse ; car, bien que l'auteur dise qu'elle n'avait jamais été hystérique, elle présentait de nombreux points d'élection douloureux à la pression, et dont le toucher faisait cesser le spasme. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1872.)

Pour M. Monnoyer, il n'y aurait là qu'un effet de l'habitude, le spasme ayant été primitivement provoqué par un corps étranger dans l'œil. C'est ainsi que chez une jeune paysanne de six à sept ans, une récidive de blépharospasme se présenta trois jours après qu'un corps étranger s'était introduit dans l'œil gauche, étant aux champs. Les paupières étant écartées avec les doigts, se refermaient involontairement dès que l'écartement cessait. Il lui suffit de fermer l'œil droit et d'ouvrir le gauche, en prescrivant à la malade de regarder en face, pour que les paupières restassent seules ouvertes, sans écartement, l'œil droit restant ouvert. Le spasme fut guéri par ce simple moyen. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, décembre 1872.)

Blépharospasme réflexe double. *Névrotomie.* Chez une fille de vingt-sept ans, l'orbiculaire des deux yeux était sans cesse en convulsion, excepté durant le sommeil, et les autres muscles de la face avaient été envahis graduellement par le tic. Les différentes injections restant sans résultat, M. Quaglino remarqua que la compression des deux troncs sus-orbitaires à leur sortie du frontal faisait cesser les douleurs. Il en fit la section sous-cutanée, et la guérison fut radicale, sans autre inconvénient que l'anesthésie du front et du cuir chevelu jusqu'au vertex. (*Ann. di ottalmologia*, 1872.)

BOUGIES. *Exploration des plaies d'armes à feu.* Depuis que M. Nélaton, mis en présence de Garibaldi, imagina le fameux stylet qui découvrit sa balle, bien des essais de perfectionnement ont été faits *à priori*, surtout depuis la dernière guerre. De là, l'insuccès du plus grand nombre. La réaction chimique et la réaction électrique ont été tentées tour à tour. Plus simple est la nouvelle bougie molle de M. Sarazin. Elle se termine par un petit dé métallique, c'est-à-dire l'extrémité d'une sonde de femme, fixée solidement au moyen d'une cheville. Molle et flexible, cette sonde pénètre facilement dans les trajets sinueux et fistuleux, et produit un choc aussi sec et net que si elle était rigide et métallique; révélation que ne donnent pas les sondes en caoutchouc. Deux observations montrent sa supériorité pour la découverte des balles après un temps considérable de séjour et de nombreuses explorations vaines. (*Recueil de méd. et de chir. milit.*, août.)

Bougies caustiques. M. Bonnafont en a fait fabriquer en les trempant dans une solution de silicate de potasse chirurgical à 40 degrés avec la potasse caustique à quatre doses graduelles de causticité et l'extrait d'opium. Il se forme ainsi une couche vitrée à sa surface, sans rugosité, qui permet de cautériser uniformément la trompe d'Eustache dans toute son étendue. Ces bougies sont supérieures aux solutions ou aux pommades caustiques dont on se servait.

Dans quatre cas d'uréthrite, dont trois *gouttes militaires*, deux ont été guéris après quelques cathétérismes avec ces bougies caustiques, qui remplaceront avantageusement les injections. (*Union méd.*, n° 21.)

Bougies Reynal. — Voy. Blennorrhagie.

BRONCHITE. *Inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque.* Employées 58 fois avec l'ingénieux inhalateur Lœwin dont il donne la description, ces inhalations ont donné les résultats suivants à M. Libermann, médecin militaire du Gros-Caillou. Dans 10 cas de bronchite tuberculeuse, il n'y a eu que des résultats incertains et même des hémoptysies dans 2, qui les ont fait rejeter complétement. Dans 22 bronchites chroniques simples, datant de plusieurs mois, la guérison a eu lieu dans une moyenne de dix-sept à trente-huit jours. Dans 26 cas de bronchite liée à l'emphysème pulmonaire, la sécrétion et la toux ont été amendées très-notablement, et la guérison a été obtenue dans une moyenne de six semaines à deux mois, l'emphysème substituant, bienentendu.

Les malades fumaient 6 fois par jour, pendant cinq à dix minutes chaque fois. (*Union méd.*, n° 102.)

BRULURES. *Pétrole.* Le 25 juillet, une épouvantable catastrophe arrivait à Rueil par l'explosion d'une grande quantité de pétrole qui brûla plusieurs pompiers et d'autres personnes accourues pour réprimer un commencement d'incendie. Sur 42 personnes atteintes, 12 à 15 moururent. Voici, d'après M. le docteur Chairou qui a soigné les victimes, les symptômes et les lésions résultant de ce liquide enflammé.

Toutes les brûlures étaient plus ou moins étendues et profondes, suivant que les flammes avaient atteint des vêtements ou des parties découvertes. Au visage, aux mains, aux bras, l'épiderme était complétement enlevé par larges lambeaux ; il était détaché, comme un gant, que l'on retrouva dans un seau chez l'un des brûlés. Les ongles étaient déchaussés, les poils, les cheveux, les cils, la barbe entièrement brûlés, ce qui donnait un étrange aspect aux visages des victimes. Un gonflement énorme des parties atteintes, à la face comme aux membres, achevait la caractéristique de cet épouvantable tableau.

La douleur, très-faible tout d'abord, devint atroce après quelques heures. Pas de strangurie, comme dans les cas d'autres brûlures très-étendues. Frissons si violents, dans tous les cas, que de véritables mouvements spasmodiques en résultaient. Soif ardente, inextinguible, vomissements opiniâtres et extrêmement fatigants, délire presque continuel, qui dura jusqu'à la mort dans les cas les plus graves. Et, malgré cela, le pouls resta calme et régulier, sans dépasser 80 à 90 pulsations.

Une odeur, un goût de pétrole à tout ce que les brûlés mangeaient ou buvaient, fut le trait distinctif. Dès qu'ils fermaient les yeux, ils étaient en proie à d'épouvantables cauchemars et se croyaient encore au milieu de la fournaise. (*Acad. de méd.*, août.)

Cet ensemble de signes, différents de ceux de la brûlure par le feu, l'eau chaude ou d'autres liquides, peuvent servir à faire reconnaître les brûlures par le pétrole et être ainsi d'un utile secours en médecine légale.

Alcool. Employé comme anesthésique local pour calmer la douleur. — Voy. ANESTHÉSIQUES.

BUBON. M. A. Fournier établit ainsi les signes différentiels et contraires du bubon syphilitique de celui qui ne l'est pas :

BUBON ACCOMPAGNANT LE CHANCRE DUR, INFECTANT.	BUBON ACCOMPAGNANT LE CHANCRE MOU, NON INFECTANT.
Symptôme constant.	Complication occasionnelle.
Subaigu ou non inflammatoire.	Inflammatoire, tumeur douloureuse d'un certain volume.
Presque toujours multi-glandulaire.	Uno-glandulaire ou mono-adénite.
Résolution spontanée, sans suppuration, sinon dans les cas compliqués.	Suppuration fréquente et presque inévitable, prenant le caractère du bubon chancreux.
Ne secrète jamais de pus auto-inoculable.	Secrète un pus toujours auto-inoculable qui le reproduit.
Ne se convertit jamais en chancre glandulaire.	Se convertit presque toujours en un chancre glandulaire.
D'un caractère si bénin, qu'il passe souvent inaperçu.	Constitue toujours une complication sérieuse.

Bubon phagédénique. *Ulcération de la fémorale.* Un soldat du train, de vingt-cinq ans, fort, quoique lymphatique, voit pour la première fois une femme le 30 janvier 1872, après une soirée de libations, et contracte des chancres qu'il ne soigne pas. Une adénite inguinale droite apparaît, quelques jours ensuite, qui le force à entrer à l'hôpital du dey (d'Alger), le 10 février, service de M. Aron.

L'adénite déjà volumineuse, conique, présente une consistance pierreuse sans pléiade ganglionnaire. Les chancres se guérissent rapidement. Mais le bubon devient fluctuant et l'incision en est faite le 20 février. Le phagédénisme s'en empare aussitôt coïncidant avec un état fébrile et un embarras gastrique qui,

malgré *tous* les moyens employés, *intus et extra*, ne cèdent ni l'un ni l'autre. Les cautérisations avec le nitrate d'argent et la pâte de Vienne n'arrêtent pas le phagédénisme, pas plus que l'ipéca ni le sulfate de quinine, les astringents, l'opium, le quinquina, le fer ne modifient la diarrhée ni la dépression générale.

Dès le 11 avril, la plaie mesure 12 centimètres sur 8 c. 1/2, avec bords décollés. Les solutions de chlorate de potasse, d'eau chlorurée, phéniquée, alcoolisée, de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, la poudre de camphre et de charbon ne l'arrêtent pas. La fièvre devient hectique, la diarrhée persiste malgré le changement de lieu et les toniques. La diphthérite survient même dans ces conditions le 24 avril. L'acide acétique, le perchlorure de fer, sont employés sans succès. La température est à 40 degrés, le pouls à 152 ; diarrhée colliquative, malgré 1gr,50 de sulfate de quinine et l'hyposulfite de soude.

Des cautérisations au fer rouge et les pansements avec la poudre de camphre paraissent arrêter enfin le phagédénisme du bubon dont l'étendue est de 20 centimètres sur 16. L'arcade de Fallope avec le cordon inguinal, la veine et l'artère fémorales, les abducteurs avec le couturier, le vaste externe et les muscles abdominaux sont à nu. La diphthérite a disparu malgré un état général semi-typhoïde. Une amélioration locale est même évidente lorsque, le 9 mai, une ulcération de 1 centimètre de long sur 4 à 5 millimètres de large est constatée sur la gaîne de la veine fémorale ; un peu de sang s'en échappe même, et le 14 mai, une hémorrhagie se déclare qui ne peut être arrêtée que par la ligature. Mais aussitôt, les vertiges, une respiration suspirieuse, des pandiculations, une pâleur cireuse annoncent les avant-coureurs de la mort qui a lieu bientôt, malgré l'emploi des excitants.

L'autopsie découvre une ulcération de 25 centimètres de long à l'embouchure de la saphène et le vaisseau déchiqueté dans les deux tiers de sa circonférence. (*Gaz. des hôp.*, n° 36.)

Cet exemple montre le danger du phagédénismo chez certains sujets lymphatiques et aussi combien les moyens nouveaux réputés infaillibles, comme la poudre de camphre, sont négligés par certains médecins de l'armée.

Bubon coxalgipare. Cette nouvelle et singulière espèce est due au grand chirurgien allemand : Herr Langenbeck. En

constatant une coxalgie suppurée qui survient dix-huit mois après un bubon blennorrhagique récidivé et qui nécessite la résection de la tête du fémur en avril 1872, il l'attribue au bubon primitif en apprenant aux élèves que c'est la troisième fois qu'il voit ainsi suppurer l'articulation coxo-fémorale à la suite de bubons. Il en explique la formation par la propagation de l'adénite par la voie des lymphatiques. C'est donc là une théorie aussi étrange que l'étiologie même de cette espèce de bubon. C'est là un bubon tout allemand, aussi tenace que le peuple d'où il vient et qui n'a pas de chance heureusement de se naturaliser parmi nous. (*Gaz. hebd.*, n° 40.)

Bubon diphthéritique. Il ne s'agit pas du simple engorgement ganglionnaire qui accompagne souvent les angines graves et que l'on considère comme le signe d'un empoisonnement diphthéritique, mais de l'adénite suppurée qui n'a rien de spécifique, de virulent, ni de toxique à laquelle M. le docteur Bouchut donne ce nouveau nom. C'est une simple irritation de voisinage conforme à cette loi bien connue de pathogénie ganglionnaire que, partout où se manifeste une irritation locale, les ganglions lymphatiques correspondants ne tardent pas à subir une altération.

Ces bubons scarlatineux et diphthéritiques sont ordinairement accompagnés de phlegmon diffus périganglionnaire profond. Si donc l'on attend pour l'ouvrir, il y a décollement étendu et danger d'infection purulente. Sur 22 cas, 6 ayant été ouverts de bonne heure ont été suivis de guérison, tous les autres, ayant été ouverts tardivement, ont été suivis de mort. Il n'y a donc pas lieu d'attendre leur maturité; il faut les ponctionner avec grande précaution quelle que soit leur profondeur, dès que la fluctuation se fait sentir obscurément. (*Bull. de thér.*, 15 octobre.)

Un des dangers les plus redoutables que l'auteur a oublié de signaler, est la dissection d'un vaisseau par le pus, l'ulcération de ses parois et l'hémorrhagie mortelle qui s'ensuit comme plusieurs exemples en ont été signalés dans ce Dictionnaire.

C

CALCULS. *Fréquence.* Le docteur Macnamara a établi devant la Société de chirurgie de Dublin, qu'ils sont très-rares en

Irlande. d'après la pratique des grands chirurgiens de ce pays. Ils n'ont pas eu, en général, plus de 50 cas de lithotomie dans la plus grande pratique. Sir Philippe Crampton n'en a eu que 52, tandis que, lors de sa visite en Écosse, il assista à la 266e et la 267e taille de M. Keith (d'Aberdeen). En général, les calculeux sont aussi nombreux sur la côte est de la Grande-Bretagne qu'ils sont rares à l'ouest. Tous les grands lithotomistes anglais sont venus de l'est.

Après l'insuccès retentissant du lithotriteur malheureux de l'ex-empereur Napoléon, M. Thompson prit l'engagement de l'expliquer. De là, la leçon faite le 28 février au collége de l'Université sur l'*influence des affections rénales pour le choix de l'opération de la pierre*. Un calculeux, atteint de la maladie de Bright et mort à la suite de la lithotritie le 19 février, en fut l'occasion. Il est donc intéressant de connaître l'opinion de l'auteur sur ce sujet important.

Après avoir indiqué les différentes maladies rénales qui peuvent coïncider avec la pierre, soit comme cause, soit comme effet, il en explique le mécanisme. Mécanisme est bien le mot propre, car il accorde un rôle considérable aux rétrécissements et aux autres obstacles à l'issue de l'urine. D'après M. Thompson, aucun signe ne décèle, dans ces cas, la pyélite ni la dilatation des uretères, car le pus et le sang qui se montrent peuvent également provenir de la vessie et être rapportés au calcul et à la cystite presque constante; la pesanteur spécifique de l'urine ni la proportion de l'urée n'ont de valeur symptomatologique. Et, faisant allusion à l'assertion de M. Piorry, il nie hautement et carrément que la palpation ni la percussion puissent fournir des données positives au diagnostic de ces maladies, et il cherche à le prouver. S'il avait ces moyens de s'assurer des lésions rénales ou des uretères coïncidentes avec la présence d'une grosse pierre dans la vessie, il conseillerait aux malades de ne jamais se faire opérer ; mais si le calcul est petit et n'excède pas le volume d'une petite noix, la lithotritie peut être pratiquée sans danger.

Dans trois cas de maladie de Bright bien reconnue et avancée, il a pratiqué la lithotritie en raison des souffrances des malades, une fois en ville, deux fois à l'hôpital. Les deux premiers opérés n'ont survécu que quelques mois, le troisième a succombé à la cinquième séance. La taille est impraticable en pareil cas.

Lorsqu'il y a dilatation mécanique des uretères avec pyélite,

ni l'une ni l'autre de ces opérations n'est praticable, quoique l'autopsie lui ait montré qu'il avait lithotritié dans trois cas semblables, consécutifs à des rétrécissements anciens de l'urèthre. Mais il ne pratiquerait jamais la taille, quoiqu'elle ait été prônée en pareil cas, il y a trente ans, par des chirurgiens éminents. La perfection actuelle de la lithotritie la rend bien préférable. Toutefois, elle ne sert qu'à enlever la pierre, et nullement à guérir le patient.

Auscultation. Afin de rendre le diagnostic plus sûr, le docteur Head, médecin de l'hôpital Adélaïde (de Dublin), a adapté au cathéter, introduit dans la vessie, un tube en caoutchouc vulcanisé de 18 à 24 pouces de long, avec un embout d'ivoire se plaçant dans l'oreille afin de percevoir le bruit résultant du choc du calcul avec le cathéter. Employé dans un cas, ce moyen a parfaitement réussi et rendu plus évidente la présence du calcul. C'est le sens de l'audition ajouté à celui du tact. Mieux vaut deux moyens qu'un seul. (*Irish surg. Gaz.*, juillet.)

La priorité de cette application est à la France. Leroy d'Étiolles père est l'auteur d'un instrument semblable auquel M. Mallez a fait subir une modification, tout en reconnaissant que son disque, multiplicateur du son, n'aide au diagnostic que pour les calculs durs ; ceux de phosphate ammoniaco-magnésien ne rendant pas de son et pouvant se confondre ainsi avec d'autres corps étrangers. (*Trib.-méd.*, n° 267.)

Concrétions calcaires adhérentes. Après l'emploi graduel de courants électriques constants, tendant à diminuer la sensibilité de la vessie, M. Reliquet la dilate fortement, dès qu'elle est devenue tolérante, avec des injections d'eau tiède ; les concrétions se détachent en craquelant et peuvent être ensuite entraînées par l'irrigation. (*Gaz. des hôp.*, n° 4.)

Des calculs de la vessie chez la femme et chez les petites filles, thèse inaugurale, par le docteur P. Hybord, ancien interne distingué des hôpitaux. Paris, 1872.

Ensemble complet des connaissances chirurgicales acquises sur cette question. Neuf observations, des tableaux statistiques très-complets et une planche enrichissent cette monographie consciencieuse.

Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle,

de la pierre urinaires, et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique; par le docteur L.-Aug. Mercier, lauréat de la Faculté de médecine, des hôpitaux, de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Un volume in-12 ; Paris, 1872.

Calculs biliaires. *Coléinate de soude.* Il s'agit des calculs les plus ordinaires, c'est-à-dire composés en grande partie de cholestérine, et dont la formation paraît résulter d'un excès de cette substance dans la bile et de sa précipitation. Sa solution est donc le but à atteindre pour les prévenir et les guérir. Mais la cholestérine ne se dissout que dans peu de liquides organiques, et les sels biliaires, soude et potasse coléinique et colique en solution dans un liquide faiblement alcalin, peuvent seuls en dissoudre une faible proportion.

Jugeant que la présence de ces sels dans la bile est le secret de la solution de la cholestérine qui s'y trouve, le célèbre physiologiste italien Schiff, fondé sur cette découverte récente de la physiologie : que l'augmentation de ces sels biliaires est démontrée expérimentalement par l'administration de la bile bovine ou d'un sel en provenant, propose, dans une consultation, d'administrer le coléinate de soude, qui se trouve dans le commerce, à la dose de 50 centigrammes deux fois par jour en augmentant graduellement jusqu'à ce que les troubles de la digestion ou de la circulation indiquent de s'arrêter, qu'il y a saturation. Cette médication doit être continuée longtemps pour en obtenir des effets. (*Imparziale*, n° 4.)

Cette proposition est donc parfaitement scientifique et en rapport avec les méthodes de la science actuelle ; mais aucun fait clinique ne répond encore de son succès. Nous verrons ce qu'elle produira.

Calculs rénaux. Chez un enfant de cinq mois, à l'hôpital des Enfants (de Copenhague), le docteur Hirschsprung observa l'émission de plusieurs petits calculs d'acide urique à la suite d'une rétention d'urine prolongée pendant vingt-quatre heures. L'usage de bains chauds et du borate de soude facilita cette émission les jours suivants. Après une seconde rétention d'urine de vingt-quatre heures, le 2 octobre, la vessie fut trouvée pleine et la rétention continua pendant plusieurs jours malgré les bains chauds. Matité dans toute la région lombaire. On diagnostiqua une hydronéphrose par obstruction des uretères. La

mort survenue le 9 octobre permit en effet de constater la distension des deux uretères, surtout le gauche, avec les calices dilatés remplis de calculs. Un gros calcul était engagé dans l'uretère gauche à la limite du tiers supérieur et un autre un peu plus bas dans l'uretère droit. Il n'y en avait pas dans la vessie. (*Hosp. Tidende,* mai.)

Abcès calculeux du rein. Il s'agit d'un fermier de soixante-trois ans qui, à la suite de troubles rénaux et gastriques, présenta à l'observation de M. Annandale, du gonflement avec douleur à la pression du rein droit. La fluctuation fut ensuite sensible à travers les parois abdominales et une incision exploratrice fut faite dans la direction employée pour la ligature de l'iliaque commune. Refoulant de côté le péritoine et les intestins, le muscle psoas fut atteint avec le doigt et un abcès perçu à son bord interne. Il fut ouvert et, dans sa cavité, un calcul, gros comme une petite fève, fut perçu, saisi et extrait avec la pince.

Un écoulement de matière féculente épaisse, puis fécaloïde s'ensuivit et dura neuf jours, après quoi l'opéré guérit parfaitement. (*Edinb. med. Journal.*)

Quoique la précision manque dans cette observation sur le mode d'évacuation du pus et la provenance des matières fécales, elle n'en est pas moins remarquable, surtout mise en regard des néphrotomies pratiquées et qui ont eu une issue funeste, à une seule exception près. —Voy. *ce mot.*

CANCER. De même que la cellule cancéreuse de Lebert donnée comme le signe infaillible de diagnostic du cancer a succombé devant l'examen clinique, la pathologie cellulaire de Virchow est battue en brèche par ses propres disciples. Le docteur Neumann décrit ainsi trois cas de sarcome de la dure-mère, de l'orbite et du cerveau, dont les cellules ressemblaient aux cellules endothéliales des membranes séreuses, c'est-à-dire de l'épithélioma des membranes séreuses de M. Robin. Les recherches récentes de M. Ranvier et d'autres, montrant que le tissu connectif a ses cellules pathologiques distinctes, sont confirmées par ces faits qui montrent en outre que le sarcome originaire de ce tissu connectif peut parfois revêtir la structure alvéolaire regardée comme caractéristique du carcinome. Il reste donc à décider si les tumeurs de ce genre doivent être appelées sarcome alvéolaire, comme le fait Billroth, ou un carcinome.

Neumann préfère la première dénomination, car il regarde l'origine des tissus morbides comme le meilleur critérium et n'admet pas que la structure alvéolaire soit le caractère exclusif du carcinôme. Une tumeur de la jambe s'étendant aux ganglions inguinaux présentait ainsi la structure alvéolaire, tout en différant, par les caractères cellulaires, des tumeurs précédentes.

Par la diversité de ces cellules, Neumann préfère appeler une pareille tumeur *Cancer du tissu connectif* plutôt que sarcome alvéolaire, malgré son origine. Le caractère du vrai carcinôme serait alors la nature épithéliale des cellules. (*Archiv. der Heilk.*, vol. XIII.)

Il est évident que les histologistes ont autant de difficulté ainsi à différencier ces espèces morbides, malgré leurs caractères ténus, microscopiques, que les cliniciens au lit du malade ou les anatomo-pathologistes à l'amphithéâtre. A quoi servent donc tant ces recherches des infiniment petits sur cette question du cancer? En quoi surtout le traitement en profite-t-il? Ce n'est là qu'un travail spéculatif et de pure curiosité.

De l'inoculation cancéreuse, thèse inaugurale, par le docteur J. Hyvertl. Montpellier, 1872. Exposé de 19 expériences négatives faites par l'inoculation de divers produits cancéreux au lapin qui paraît réfractaire à cette maladie. De là, leurs résultats négatifs. Deux observations d'auto-inoculation, chez l'homme, y sont aussi rapportées. Mais la partie historique est la principale, suivant la tradition de la Faculté méridionale qui en fait toujours la partie essentielle de ses travaux comme la plus facile.

Cancer épithélial. *Origine.* Un système vasculaire très-remarquable, d'un volume très-délié et formant une sorte de lie à la tumeur épithéliale, a été constaté dans tous les cas observés par le docteur Vajda, à l'hôpital général de Vienne. Ce réseau vasculaire a une relation si intime avec la tumeur, que les cellules épithéliales paraissent résulter de la prolifération des nucléoles intriquées dans les parois vasculaires. Leur multiplication endogène s'observe au début de l'affection, et la plupart sont entourées pas le protoplasme ou mieux deutéroplasme. En se multipliant à l'infini, ces cellules forment des masses irrégulières, dont la vitalité s'altère par leur pression mutuelle, et elles subissent ainsi la métamorphose régressive,

soit sous forme de dégénérescence muqueuse, — comme dans le cancer épithélial des membranes muqueuses, — soit la dégénérescence graisseuse, — comme dans celui des lèvres de la vulvo, et parfois la dégénérescence cornée, comme dans celui des membres et des paupières (*Centrallblat*).

Cancer du sein. *Écrasement linéaire*. A l'exemple de M. Tirifahy (de Bruxelles) (voy. *année* 1872), M. le docteur de Lorge ayant à extirper un squirrhe du sein gauche, gros comme un poing d'adulte, dur, inégal, bosselé, douloureux à la pression, avec douleurs lancinantes et ganglions durs et volumineux dans l'aisselle, chez une femme petite, très-délicate, lymphatique, anémique, employa l'écraseur de préférence au bistouri par le même procédé. L'opération dura vingt-trois minutes sans qu'une seule goutte de sang s'écoulât. La suppuration fut de même diminuée par l'application du plomb, et la cicatrisation s'opéra rapidement (*Soc. de méd. de Gand*). C'est donc là un nouvel encouragement pour laisser le bistouri toutes les fois que l'écraseur peut être employé.

Le diagnostic des tumeurs du sein n'étant pas infaillible et dans le cas de cancer, M. Verneuil étant pour l'excision entière de la glande, afin de prévenir plus sûrement la récidive, il va directement sur la tumeur et l'ouvre. Le tissu squirrheux étant bien reconnaissable au simple aspect, on achève l'amputation s'il s'agit d'un cancer ; tandis qu'on extirpe simplement la tumeur, si c'est un adénôme.

Il agit de même dans les cas difficiles de diagnostic entre un cancer du testicule ou une hématocèle. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, décembre 1872.)

Cancer de l'utérus. En contradiction avec les auteurs français, le professeur Martin (de Berlin) n'a trouvé l'hérédité démontrée que 65 fois sur 500 observations, et encore, outre 40 cas où cette hérédité immédiate était incontestable, elle n'était probable que dans 13 et secondaire dans 12. Il regarde ainsi comme démontré que la fille et les petits enfants d'une femme morte de cancer utérin en sont souvent exempts, contrairement à l'opinion accréditée.

La plus grande fréquence chez les femmes réglées de bonne heure et chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, est également infirmée par les observations du gynécologiste allemand.

(*Berl. klin. Wochensch.*, juillet.) Mais il ne tient pas compte des différences de climat et de condition dans lesquelles ces observations ont été faites et qui peuvent tant influer sur le résultat.

Cancer ulcéré. *Alcool.* La suppuration contenant la myéline en abondance, le professeur Beneke a rattaché à cette substance l'odeur particulièrement désagréable qu'elle exhale. Or, comme cette substance est très-soluble dans un liquide contenant 80 à 85 pour 100 d'alcool, il a tenté de panser les cancers ulcérés avec la solution suivante pour en détruire la mauvaise odeur :

℞	Alcool	20 grammes.
	Chloroforme.	10 —

Mêlez.

Le succès a répondu à son attente dans un cas d'ulcère cancéreux de la langue et un autre de la mamelle.

On sait que l'application de lamelle de plomb diminue aussi efficacement la suppuration, comme l'observation de M. de Lorge en est une nouvelle preuve.

Chlorate de potasse. Le docteur Burow (de Kœnigsberg) en saupoudre les plaies cancéreuses d'abord avec la poudre, puis les cristaux, et recouvre le tout d'une compresse humide. Un ulcère cancéreux du bras guérit en huit semaines avec ce traitement. Trois cancers ulcérés du sein furent traités de la même manière sans un résultat définitif. Ce n'est donc là qu'un modificateur à employer comme essai. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 6.)

CATARACTE. La proposition d'un nouveau procédé d'extraction, faite à la Société de chirurgie de Paris, a remis au jour cette question si importante et controversée dont l'origine toute française remonte à 1747. Des discours, des appréciations nouvelles, des modifications opératoires, en ont surgi et constituent ainsi l'une des pages les plus intéressantes de l'histoire médicale de 1873.

Extraction linéaire cornéenne. Au lieu de l'extraction linéaire scléroticale de de Graefe, qui a excité partout tant d'enthousiasme et d'engouement, un chirurgien français, M. le

docteur Notta (de Lisieux), dont la notoriété est aussi modeste qu'honorable, a imaginé et exécuté avec succès un procédé beaucoup plus simple. La complication de l'iridectomie, ou excision de l'iris, constitue en effet, une objection sérieuse à l'opération de l'ophthalmologiste allemand. Elle déforme la pupille et expose à des hémorrhagies de l'iris qui remplissent la chambre postérieure et compromettent parfois le rétablissement de la vision. Aussi différentes modifications ont-elles été proposées à ce procédé, malgré son immense vogue, depuis son introduction en 1865 : MM. de Wecker et Abadie en rapprochant l'incision scléroticale de la cornée, mais sans l'exonérer de l'iridectomie ; M. Liebreich, l'élève le plus renommé du maître, en la libérant de cette complication par une section à très-petite courbure de la partie inférieure de la cornée ; M. Lebrun, oculiste belge, en pratiquant cette section cornéenne sur le segment supérieur ; enfin, M. Galezowski en la faisant latéralement. Entre autres inconvénients de la méthode linéaire scléroticale, l'iridectomie, qui en était une nécessité et sans laquelle la sortie de la cataracte ne serait pas possible, tendait donc à être mise de côté. Et cependant, elle était considérée dans le principe par les Allemands, comme la base même des succès obtenus : les accidents inflammatoires, consécutifs à l'extraction, étant rapportés par eux aux violences exercées sur l'iris.

Il s'agissait donc de conserver l'incision linéaire et de rejeter l'iridectomie. Agir directement sur la cornée était la seule voie tracée à cet effet. C'est ainsi, qu'en 1868, M. Küchler (de Darmstadt) incisa transversalement la cornée à son centre et put extraire ainsi la cataracte sans diviser l'iris. Mais la cicatrice opaque en résultant coupait transversalement le champ pupillaire et altérait plus ou moins la vision. L'incision devait donc être en dehors du champ pupillaire pour éviter cet inconvénient. C'est ce que M. Notta a heureusement réalisé.

La pupille étant préalablement dilatée au moyen de l'atropine, les paupières écartées par l'ophthalmostat et l'œil fixé, le couteau de de Graefe pique la cornée à sa jonction avec la sclérotique à 2 ou 3 millimètres au-dessus du méridien transversal, soit à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du diamètre vertical de la cornée, et, dirigé parallèlement à l'iris, fait, dans le point diamétralemont opposé à celui de la ponction, la contre-ponction de la cornée. Le dos de l'instrument étant tourné en arrière, on divise horizontalement cette partie

par un mouvement de scie. Après quelques instants de repos donnés à l'opéré, la discision de la capsule est faite avec le kystitome, puis une légère pression inférieure fait très-facilement basculer la cataracte et l'expulse.

Après la sortie des accompagnements, s'il y en a, et la toilette de l'œil, on clôt doucement les paupières et l'on applique sur elles une cuirasse de bandelettes superposées de taffetas anglais, en laissant libres les deux commissures palpébrales pour l'écoulement des larmes. La nuit est faite autour de l'opéré et, s'il n'y a pas de douleur circumorbitaire qui vienne accuser une iritis, l'occlusion doit être maintenue pendant quarante-huit heures. Après ce temps, on examine l'œil, en modérant le plus possible l'accès de la lumière. Si tout va bien, sauf une faible et inévitable rougeur de la conjonctive, on peut, au bout de quatre à six jours, supprimer les bandelettes de taffetas et rendre graduellement la lumière au malade.

Ce procédé de M. Notta est, en définitive, un simple problème d'anatomie. La plus grosse cataracte n'excédant pas ordinairement un diamètre de 8 millimètres, un corps lenticulaire de ce volume peut fort bien, dans sa réclinaison, dans le mouvement de rotation d'un quart de cercle qu'il exécute sur son axe, passer sans difficulté par une ouverture qui mesure, au moins, comme l'incision de M. Notta, 10 millimètres d'étendue.

Sur 10 cas relatés par M. Notta, le pansement a pu être supprimé 6 fois du cinquième au sixième jour et 4 fois du septième au huitième. Dans tous, les malades ont pu se lever avec des lunettes garnies, du cinquième au douzième. Comme résultat définitif, il y a eu 6 cas de pupille régulièrement circulaire ; elle était très-légèrement déformée dans 3 et notablement 1 seule fois. Le champ de la pupille était absolument net dans 6 cas et dans 4 avec un réticulum blanchâtre. Des synéchies, plus ou moins faibles, existaient dans 5 cas, de même que l'opacité de la plaie cornéenne en rapport avec elles. Mais tous les malades y voyaient néanmoins assez pour se conduire, lire et écrire couramment, ou distinguer une épingle d'une aiguille pour ceux qui ne le savaient pas.

Ces résultats, infiniment supérieurs à ceux obtenus par l'auteur dans 68 cas, par les autres méthodes, même à lambeau supérieur, lui paraissent dus à la disposition rectiligne des surfaces de section. Les accidents inflammatoires survenant, dans ce cas, tiennent à cette disposition oblique de la plaie de la

cornée dont les surfaces sont plus larges. L'extrémité du lambeau, taillée en biseau, est mince, peu nourrie et moins disposée à se cicatriser. Le plus petit mouvement de la paupière peut le décoller ; aussi voit-on fréquemment au niveau de la plaie, même dans les cas favorables, un petit sillon qui met quinze jours et même un mois à se combler. La plaie cornéenne est étendue, puisqu'elle comprend la moitié de la circonférence de la cornée ; et si, par l'effet du traumatisme, il survient une tension intra-oculaire, même modérée, le lambeau peut se trouver décollé par l'effet même de cette tension. Toutes ces circonstances réunies expliquent comment, sous l'influence des causes les plus légères, on voit se développer des inflammations compromettantes.

Dans l'extraction linéaire, la plaie est rectiligne ; elle est beaucoup plus petite, puisqu'elle a à peine la corde de l'arc formé par la plaie à lambeau. Il n'y a pas, à proprement parler, de lambeau ; les surfaces de section n'ont que l'épaisseur même de la cornée, elles lui sont perpendiculaires, et leur coaptation est tellement parfaite, que les mouvements de la paupière ne peuvent les déplacer ; enfin, s'il survient une certaine tension intra-oculaire, au lieu de soulever le lambeau, elle tendra à affronter plus exactement les lèvres de l'incision linéaire ; d'où il résulte un ensemble de conditions manifestement plus favorables à la réunion par première intention. Telle est la véritable supériorité de cette méthode.

Ce procédé a donc les mêmes avantages que l'extraction linéaire de de Graefe, sous le rapport de la rapidité de la guérison et de l'absence des accidents inflammatoires ; mais il lui est préférable en ce qu'il est d'une exécution beaucoup plus facile, qu'il est moins douloureux pour le patient, qu'il n'entraîne pas aussi constamment la déformation de la pupille, et qu'il n'expose pas aux hémorrhagies de l'iris. (*Soc. de chir.*, janvier, et *Union méd.*, n°s 20 et 23.)

M. Giraud-Teulon a opéré, en même temps que M. Notta, et avec succès, un certain nombre de cataractes par le même procédé ; seulement, au lieu de piquer la cornée sur ses limites latérales, aux deux points indiqués par M. Notta, il empiète, d'un millimètre environ de chaque côté, sur la sclérotique.

C'est comme tous les ophthalmologistes, pour faciliter l'issue, l'expulsion du cristallin qui, dans la méthode de de Graefe, *est encore souvent laborieuse*, qu'il a tenté cette modification. Or,

par cette incision qui ouvre une porte très-suffisante, dit-il, la lentille sort avec une extrême aisance, exactement comme dans la méthode de Daviel et par un mécanisme identique. Il n'y a pas procidence primitive du corps vitré et aucun effort de pression n'est exigé. La cicatrisation par première intention a lieu dans la généralité des cas sans opacité cicatricielle appréciable.

Mais l'enclavement irien, constant dans les cas de M. Giraud-Teulon, est un inconvénient, sinon un grave danger. Tout en le réduisant lors du premier pansement, il peut se reproduire et amener des accidents consécutifs, soit en s'opposant à la cicatrisation immédiate, soit en provoquant un hiatus fistuleux et la suppuration. Il a suffi de réséquer la portion herniée de l'iris, pour la réduction immédiate. Une iridectomie secondaire pourrait même être pratiquée. Mais ne vaut-il pas mieux la faire immédiatement ?

M. le professeur Coste (de Marseille) propose une autre petite modification : c'est de pratiquer l'incision, avec les mêmes points d'origine et de terminaison, à 2 millimètres seulement au-dessus ou au-dessous, indifféremment, de l'équateur de l'œil. L'incision serait assez près du centre de la membrane pour avoir une bonne longueur, parfaitement compatible avec la facile sortie du cristallin et assez loin du centre de la pupille pour que, l'action mydriatique de l'atropine venant à cesser, la cicatrice, en admettant qu'elle ne soit pas absolument linéaire, capilliforme, ne puisse barrer le passage aux rayons lumineux et gêner la vision. (*Marseille méd.*, avril.)

Après l'exécution de 122 extractions linéaires avec iridectomie et de la facilité qu'il a trouvée pour la sortie du cristallin, M. le docteur Terson se demande si la nouvelle incision plus excentrique de M. Notta et la présence de l'iris ne créent pas de nouvelles difficultés à cet égard. Pour s'engager, le cristallin doit faire un mouvement de rotation sur son axe en heurtant et contusionnant tout ce qui l'environne. La rétention d'une partie des masses corticales est possible, à l'insu même de l'opérateur, à cause de l'étroitesse de la pupille et l'éloignement de l'incision en rend d'ailleurs l'issue plus difficile.

Ayant pratiqué l'opération de M. Notta dans 3 cataractes de Morgagni, noyau dur et petit, nageant dans un liquide abondant, il y a eu synéchie légère dans un cas et enclavement de l'iris dans un autre. C'est donc là un danger réel et d'autant plus grave qu'il persiste toujours. La suppuration peut toujours

s'ensuivre. Un phlegmon de l'œil est ainsi survenu un an après. Une pupille irrégulière, par suite de l'iridectomie, est moins dangereuse. Il y a donc une comparaison à faire. (*Union méd.*, n° 55.)

Küchler, l'inventeur réel de ce procédé, annonce 27 opérations et 27 réunions immédiates. Mais, si l'on analyse son mémoire, on trouve : 1 suppuration de l'œil, 6 synéchies, 7 cataractes secondaires, 6 cas d'issue du corps vitré, 10 pupilles artificielles secondaires. Ces résultats, mis en comparaison avec ceux de l'incision linéaire avec iridectomie de de Graefe, ont fait abandonner ce procédé en Allemagne aussitôt qu'il a été connu.

Sur 3 opérations, M. Duplay a eu une hernie considérable de l'iris, dans un cas, sans que l'enclavement puisse être attribué à la maladresse de l'opérateur, tant l'opération est simple et facile ; des synéchies en sont résultées dans les deux autres, et ces opérés auront infailliblement des phénomènes glaucomateux. (*Soc. de chir.*)

Modification opératoire. Ayant remarqué que l'acuité visuelle est souvent imparfaite ou altérée chez ses nombreux opérés par le procédé linéaire de de Graefe, M. Gayet (de Lyon) a constaté qu'elle était due à la persistance de débris capsulaires formant des opacités de la cristalloïde antérieure, ne laissant ainsi jamais un champ pupillaire parfaitement net.

Pour prévenir ce résultat fâcheux, il fait l'incision scléroticale et l'iridectomie comme dans la méthode de de Graefe. Seulement, au lieu d'inciser la capsule suivant ses axes polaires, il en fait la discision sur l'équateur du cristallin, après l'avoir fait saillir entre les lèvres de la plaie scléroticale. On pourrait croire difficile le déplacement du cristallin recouvert de sa capsule ; dans les dix cas où il a employé ce procédé, l'auteur n'a rencontré aucun obstacle. Il va sans dire que si la capsule est malade, le procédé n'est pas applicable.

Les avantages de cette modification consistent surtout dans ce fait que l'on vide la capsule de tous les débris dont on ne peut la débarrasser d'habitude. Dans les dix cas où cette opération a été pratiquée, le champ pupillaire était très-net, et, dans l'un d'entre eux, l'ophthalmoscope a fait constater l'intégrité parfaite de la pupille. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences.*)

Cataractes adhérentes. Modifiant les procédés de Wenzel et de de Graefe, M. de Wecker, fondé sur ce fait que des yeux, ayant été le siége d'un processus inflammatoire, ont généralement peu de tendance à la suppuration, étend le traumatisme comme suit. Pénétrant avec le couteau de de Graefe à 1 millimètre de distance du bord supéro-externe de la cornée, il l'enfonce dans la cornée et au-dessous de l'iris, parallèlement à la surface postérieure pour ressortir au point opposé de la cornée. Le lambeau ainsi formé est de 2 millimètres de hauteur, et la plaie de la cornée et de l'iris a 9 millimètres et demi. L'ouverture de la cristalloïde est exécutée ensuite en faisant saillir le cristallin dans la plaie et qu'une légère pression sert à faire sortir. Il n'y a plus qu'à exciser avec des ciseaux le diaphragme iridien correspondant à la plaie, ainsi que les masses exsudatives et les parties adhérentes de la cristalloïde. (*Ann. d'oculist.*, mai et juin.)

Cette simplification n'étant pas encore jugée par l'expérience, c'est aux faits d'en faire apprécier la valeur.

CAUSTIQUES. Caustique Strauss. *Beurre d'antimoine et nitrate d'argent.* Badigeonner avec un pinceau imbibé de beurre d'antimoine la partie à cautériser. Et de l'autre main, diviser immédiatement par un mouvement circulaire la couche liquide. Il se forme aussitôt une masse pâteuse blanche de chlorure d'argent. Sous l'influence du mouvement circulaire, celle-ci ne tarde pas à se colorer légèrement en jaune (acide xanthoprotéique ou produit de la décomposition des substances organiques azotées par l'action de l'acide nitrique) et à acquérir la consistance du mortier ; en même temps, on perçoit l'odeur de l'eau régale (chlore et acide hyponitrique).

Les avantages sont : une cautérisation puissante ; pas de fusion du beurre d'antimoine ; action sur de grandes surfaces ; cautérisation de plus en plus profonde en répétant souvent l'opération.

Caustique Latour. *Azotate de zinc.* On s'en sert sous trois formes : en solution saturée qui est fortement caustique et d'une intense propriété coagulante ; en pâte que l'on prépare en faisant dissoudre à chaud :

Sel en plaque	100 grammes.
Dans eau	50 —

et en incorporant à cette solution :

Farine de froment	50 grammes.

On pétrit le mélange jusqu'à parfaite homogénéité ; d'abord liquide, il devient bientôt consistant par suite de l'hydratation de l'amidon et du gluten, et forme une pâte qui se manie facilement et se maintient humide. Cette pâte possède sur celle de Canquoin l'avantage de ne pas adhérer aux doigts, de se mouler très-exactement sur de larges surfaces sans se rétracter ; elle attire moins fortement l'humidité de l'air et ne devient pas diffluente sur les bords. Ce caustique est employé avec succès à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Enfin, une pâte mixte est préparée dans les proportions suivantes :

Chlorure de zinc.	50 grammes.
Azotate de zinc.	100 —
Eau.	80 —

Faire dissoudre à chaud ; laisser refroidir. Mélanger 100 centimètres cubes de cette solution à 75 grammes de farine.

La pâte ainsi obtenue reste molle, s'étale facilement, ne se rétracte pas, mais en raison de l'avidité du chlorure de zinc pour l'eau, l'eschare n'a pas tout à fait la même netteté que celle produite par la pâte à l'azotate de zinc seul.

L'intensité de la douleur qui résulte de l'application de ces pâtes est d'une grande importance. L'emploi du chlorure de zinc, ce caustique si utile, est limité par l'excessive douleur qu'il cause ; les injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine atténuent bien jusqu'à un certain degré les souffrances qui résultent de son application, mais celles-ci n'en demeurent pas moins très-vives.

Caustique Thorel. *Nitrate d'argent et zinc.* Après avoir coulé un crayon de zinc, on touche la plaie avec le nitrate d'argent d'abord, puis avec l'extrémité arrondie du crayon de zinc. La surface blanchâtre se recouvre à l'instant d'une croûte noirâtre dont l'épaisseur varie suivant le temps que dure le contact du crayon de zinc et la quantité de nitrate d'argent déposé préalablement. On obtient ainsi une cautérisation superficielle, mais dont les avantages sur la cautérisation au nitrate d'argent seul ne sauraient être contestés. Sous l'action combinée du nitrate

d'argent et du zinc les plaies se cicatrisent plus rapidement. Ce procédé trouve surtout une utile application dans le traitement des plaies de nature atonique.

En même temps que se forme l'eschare, la sensation de cuisson, qui est le caractère de la cautérisation au nitrate d'argent, se change en une sensation de brûlure légère de très-courte durée.

Acide bichloracétique. *Nouveau caustique.* On obtient cette substance de l'acide acétique hydraté, en faisant agir sur celui-ci du chlore à la lumière du soleil. Elle forme un acide cristallin incolore, aisément délitescent à l'air, qui se laisse volatiliser et agit sur la peau comme caustique. D'après les résultats obtenus par le docteur Urner sur des corps organiques tant morts que vivants, et exposés dans sa thèse inaugurale à la Faculté de Bonn, cet acide serait préférable à tous les autres caustiques pour les néoplasmes, les ulcères et, en général, pour toutes les excroissances cutanées, en tant que cette médication est moins douloureuse, qu'elle n'agit que localement et qu'elle produit bientôt de belles granulations, rapidement suivies de guérison et de cicatrisation. Basé sur ces faits, le docteur Marquardt a construit de petits étuis qui contiennent cet acide dans de petits flacons accompagnés d'une baguette de verre qui sont particulièrement commodes pour détruire les verrues, les œils de perdrix, etc. Le docteur Schaufebecht, médecin de l'hôpital argovien de Kœnigsfelden, a eu l'occasion de vérifier pratiquement ces assertions.

CELLULITIS DIFFUSE DU COU. Sous ce titre, le docteur Croly, chirurgien irlandais, paraît désigner ce que nous appelons une inflammation diffuse du tissu cellulaire limitée à la région antérieure du cou. En raison de ce siége, on comprend que ce soit là une maladie fort grave. Sept observations en sont relatées et illustrées de magnifiques planches coloriées, dont un seul décès.

Le mal débute par des frissons, lassitude, céphalalgie, soif, douleur au cou et insomnie. La région envahie enfle, durcit et donne la sensation, au toucher, d'une infiltration du tissu cellulaire et des espaces intermusculaires laissant un enfoncement sous le doigt, surtout au niveau du larynx et de la trachée, mais sans fluctuation. La dyspnée et la dysphagie prédominent

ensuite, augmentent les souffrances et le danger. La respiration est striduleuse, la voix chuchotante, l'anxiété extrême, la face couverte de sueur froide, faiblesse extrême ; la déglutition est rendue impossible par la compression douloureuse résultant de l'inflammation, et l'infiltration des tissus sur la base de la langue, le larynx, la trachée, l'œsophage, les vaisseaux et les nerfs. Deux cas se sont terminés par abcès.

Des incisions profondes, non-seulement de la peau, mais du *fascia cervicalis*, dont l'auteur trace le diagramme pour en éviter le danger, sont le meilleur moyen à employer. Ces débridements diminuent la tension, le gonflement, et préviennent la mortification des tissus qui pourrait en résulter. (*Dublin journ. of med. sciences*, mars.)

Cette affection locale grave, dont M. Bickersteth (de Liverpool) a déjà donné une excellente description en 1869, ne nous semble pas avoir attiré également l'attention des observateurs en France, soit par sa moindre fréquence ou sa moindre gravité. C'est pourquoi nous la signalons.

CHANCRE. *Silicate de soude.* D'après les propriétés antiseptiques et antifermentescibles de ce nouveau sel, M. le docteur Marc Sée en a fait usage en solution à l'hôpital du Midi, sur vingt-six malades atteints de blennorrhagies et surtout de chancres. La dose en est de 1 gramme pour 100 grammes d'eau en injections ; pour lotions sur les chancres, la dose en est au contraire de 3 pour 100 et, en s'en servant comme de vin aromatique, les chancres n'ont pas tardé à se cicatriser. (*Ann. de dermat. et de syphilig.*, n° 4.)

Du chancre simple chez l'homme et chez la femme, par le docteur P. Labarthe, brochure in-8° de 135 pages. Paris. Bonne monographie donnant toutes les connaissances précises du sujet. L'inoculation avec l'épingle est le plus sûr moyen de diagnostic ; la poudre d'iodoforme le meilleur topique. Sans doute pour ne pas avoir employé la solution de chloral pur. Nous en extrayons l'observation suivante comme des plus remarquables :

Chancre céphalique simple. Le 4 décembre 1870, un jeune peintre présente trois chancres, dont l'un siége sur le frein qu'il a détruit en partie, et les deux autres dans la rainure

balano-préputiale, à droite, avec adénite inguinale très-enflammée ; peau chaude, tendue, rouge violacée ; fluctuation très-manifeste, douleurs atroces. Sur les instances du malade, le bubon est ouvert séance tenante. Pansement des chancres avec la poudre d'iodoforme ; cataplasmes et repos au lit.

A sa visite du 8, M. Labarthe constate une amélioration des chancres et la disparition presque complète des caractères inflammatoires du bubon, qu'il fait panser avec mèches de charpie enduites de 15 grammes de glycérolé d'amidon et de 3 grammes de poudre d'iodoforme.

Il allait se retirer, lorsque le malade dit qu'il souffre de la lèvre inférieure. Soulevant alors une énorme moustache, il aperçoit, sur le milieu de la partie située entre la ligne médiane et la commissure gauche, une *ulcération longitudinale ayant la forme d'une gerçure profonde, dont les bords sont taillés à pic, un peu décollés, et dont le fond grisâtre fournit une sécrétion purulente.* Interrogé, le malade déclare qu'il n'avait qu'une simple gerçure remontant à huit jours, et que deux jours seulement après avoir fait inciser son bubon, il s'était aperçu de l'étrange aspect qu'elle prenait. Pressé pour savoir si, par mégarde, il n'avait pas porté à sa bouche ses doigts souillés du pus des chancres ou du bubon, il finit par se souvenir que le soir de l'incision, en défaisant le pansement, il avait mis entre ses lèvres l'épingle qui retenait le bandage. L'aspect de la plaie fit diagnostiquer *un chancre simple de la lèvre*, dont le pus inoculé sur le ventre, au-dessous du nombril, fut la justification.

Le 12 décembre, en effet, les chancres entraient dans la période de cicatrisation, et le bubon allait bien ; mais la plaie de la lèvre avait augmenté. *L'inoculation était positive et présentait une aréole rouge inflammatoire ayant à son centre une vésicule pleine de sérosité.* Le diagnostic se trouvait donc réalisé.

L'inoculation fut cautérisée avec le *caustique Filhos ;* le pansement à l'iodoforme continué sur les chancres génitaux et le bubon, et appliqué au chancre de la lèvre, préalablement cautérisé au nitrate d'argent ; la poudre médicamenteuse fut maintenue au moyen d'une bandelette de baudruche gommée.

Cicatrisation des chancres génitaux le 20 décembre ; celui de la lèvre est guéri le 22, sans avoir occasionné l'engorgement ganglionnaire, et enfin le bubon le fut le 3 janvier suivant.

Cette observation élève à *sept* le nombre des cas authentiques de chancre simple céphalique : deux appartiennent à MM. Boys

de Loury et Costhilles, un à M. Puche, deux à M. Diday, un à M. Clerc, et l'autre à M. Millet. Le lecteur les trouvera rapportés tout au long dans le travail de M. Labarthe, ainsi que les expériences faites sur le même sujet.

Chancre mou. Il peut être l'accident initial de la syphilis constitutionnelle, et comme preuves à l'appui, M. Vidal rapporte cinq nouvelles observations, communiquées à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Dans le premier cas, ce n'est que deux mois après l'apparition du premier chancre, chez un jeune homme vierge, que des plaques muqueuses et une roséole montrèrent que l'engorgement inguinal était bien le signe d'une infection générale. Dans le second, ce fut une hémicrânie nocturne avec accidents généraux qui décelèrent cette infection. De même à peu près dans le troisième cas. Les deux autres malades, après avoir été traités à l'hôpital du Midi, comme simples vénériens, revenaient peu de temps après à Saint-Louis avec des plaques muqueuses et une roséole généralisée.

Il est remarquable, toutefois, que l'induration consécutive à la cicatrisation ou celle des ganglions lymphatiques simulant le bubon est signalée dans ces observations. D'où l'auteur conclut: que l'induration par néoplasme, soit à la base de l'ulcération, soit au delà, est le premier signe pathognomonique de la syphilis. L'induration du bubon ou plutôt du ganglion lymphatique est surtout absolue, comme premier signe affirmatif de la diathèse. (*Union méd.*, n° 149 et suivants, 1872.)

Greffes. Appliquées avec succès par le docteur Dron, à l'Antiquaille (de Lyon), sur une ulcération du fourreau ayant 6 centimètres de long sur 4 de large, superficielle et non indurée, datant de dix jours. Adénopathie polyganglionnaire. Inoculation négative. En quinze jours, la cicatrisation était complète. (*Lyon méd.* n° 26, 1872.)

Chancre des paupières. A propos d'un fait de ce genre observé à l'hôpital Manhatan (de New-York), pour les maladies des yeux et des oreilles, sur la paupière inférieure droite d'un enfant de vingt-deux mois, M. Sturgis, réunissant les statistiques de MM. Fournier, Bryant, Puche, Aimé Martin, Buzenet, Bassereau, Clerc, Rollet, arrive à un total de 1646 chancres indurés ne comprenant que 6 cas de chancres des paupières et 3 des

pommettes. C'est donc là un exemple des plus rares. (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier.)

CHIRURGIE. *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, par L. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Volume 1er de 720 pages, avec figures dans le texte.

Exposé des doctrines professées par l'auteur sur les divers sujets dont il n'a pas encore fait l'objet de publications particulières, comme les hernies, les hémorrhoïdes, etc.

Éléments de chirurgie clinique, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés ; par J.-C.-Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker. Paris, 1 vol. in-8° de XXXVIII-672 pages avec 63 figures intercalées dans le texte.

Livre essentiellement destiné aux élèves, aux commençants pour les initier avec ordre et méthode à la chirurgie, et cela dans le style clair et précis qui fera de son auteur un excellent professeur.

The practice of Surgery (Manuel de chirurgie pratique), par Thomas Bryant, chirurgien de l'hôpital Guy, un vol. de 1088 pages avec 507 planches. Londres, 1872.

Nous signalons cette nouvelle publication classique d'un jeune chirurgien renommé et très au courant des progrès de la science, afin de permettre aux chirurgiens français de s'assurer facilement de l'état actuel de la chirurgie anglaise.

The principles and practice of surgery, par le docteur Hamilton, professeur de médecine opératoire au collége de Bellevue Hospital, 1 gros volume in-8° de 943 pages et 467 gravures sur bois. New-York, 1872.

Exposé de l'état actuel de la chirurgie sur les diverses opérations, avec les résultats acquis, les idées et la pratique originale de l'auteur. C'est à peu près l'équivalent de la *pratique journalière de la chirurgie* de A. Richard.

Contributions à la chirurgie pratique, par le docteur Georges Norris, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie, vice-président du Collége de Philadelphie, membre de la Société médicale d'observation de Paris. 1 vol. in-8° de 318 pages ; Philadelphie.

Testament scientifique du célèbre chirurgien américain, où il a consigné toutes les observations, les remarques principales faites pendant sa longue carrière, et surtout pendant vingt ans de pratique hospitalière. Elles ont trait surtout aux fractures et aux luxations, la ligature des artères, les hémorrhagies, etc.

CHLORAL. *Chloralisme.* M. le professeur Gubler donne ce nom à l'ensemble des accidents produits par cet agent, au lieu de chloralisation, employé en Angleterre. Il en distingue deux sortes : aigu et chronique. Le premier est caractérisé dans sa forme légère par des vomissements, des vertiges, de l'hébétude, la perte des forces, puis des éruptions diverses. Dans la forme grave, il y a pâleur, troubles de la vue, sueurs froides, faiblesse du pouls, stupeur, coma, convulsions tétaniformes et parfois la mort, qui doit être imputée à la dépression ou à la paralysie du cœur. On combat ces accidents par la caléfaction, l'inhalation d'odeurs stimulantes, la respiration artificielle et l'inhalation d'oxygène.

Le chloralisme chronique est caractérisé par des accidents analogues à ceux de l'ergotisme, c'est-à-dire de l'hyperesthésie, un malaise général, la desquamation épidermique des doigts, des ulcérations superficielles autour des ongles, de l'anasarque, l'albuminurie, l'affaiblissement du cœur et l'embarras de la respiration. La mort en est souvent la conséquence. (*Journ. de pharm. et chim.* juillet.)

Le phénomène le plus marqué, selon M. Ludwig Kirn, dans cet empoisonnement chronique, est un érythème cutané, quelquefois avec tuméfaction, œdème, anasarque, rougeur et gonflement de la conjonctive, angine; d'autres fois, il y a eu aussi des papules, des pustules. La dyspnée est encore un symptôme signalé, dyspnée allant jusqu'à l'asphyxie; d'où la contre-indication du chloral dans le cas de congestion pulmonaire. Viennent ensuite les palpitations, d'autant plus prononcées que le malade prend des alcooliques. Dans des cas graves, on a vu des pétéchies, des ulcérations cutanées et muqueuses, des abcès, la mort, et cela principalement chez les aliénés. (*Allg. Zeitsch. für Psych.*)

Une véritable paralysie peut même s'ensuivre chez les individus déprimés, comme en témoignent les faits suivants :

Action paralysante. Il est démontré que le chloral, employé

pendant un certain temps, produit une hyperémie de la peau et un érythème diffus de la face et de la poitrine, que M. Brown-Séquard attribue à une paralysie temporaire des vaso-moteurs de la tête et du cou. Sur 600 aliénés dont M. le docteur Chrichton-Browne a la direction à l'asile de West Riding, dans le Yorskhire, cette hyperémie s'est montrée chez 19 aliénés, sur 40 traités par le chloral. Si l'usage en est prolongé, dit-il, cette action paralysante peut s'étendre à la moelle allongée et spinale, et amener à la paralysie des extrémités. Voici deux nouveaux faits qui confirment cette opinion :

Ayant deux monomaniaques à l'asile de Laverstock, en proie à de véritables accès d'excitation avec insomnie rebelle, M. Manning prescrivit cinq grains de chloral deux fois par jour à l'un, et le double à l'autre, en donnant ensuite de 30 à 40 grains pour la nuit. Après sept à huit semaines de ce traitement, les malades étaient si déprimés et faibles qu'ils ne pouvaient plus marcher ni mettre une jambe devant l'autre. Une véritable paralysie s'ensuivit même tout à coup chez l'un d'eux.

Le chloral fut cessé et la teinture de strychnine fut administrée. La disparition rapide des accidents montra qu'ils étaient bien dus au chloral (*Lancet*, 17 mai.)

L'habitude où l'on est d'administrer le chloral contre le *delirium tremens* et l'excitation maniaque des aliénés, rend ces observations intéressantes. L'usage prolongé qu'on en fait, en déterminant cette *chloralisation*, si l'on peut dire, explique la dépression qui s'ensuit et la paralysie consécutive qui n'a pas encore été signalée. Il est remarquable, toutefois, que dans les cas de mort survenue à la suite de hautes doses de chloral, il n'y a pas eu de symptômes de narcotisme : la mort a été soudaine, avec l'affaiblissement du pouls et des battements du cœur, rapporté à son influence paralysante sur le grand sympathique. Les Allemands ont aussi remarqué que son usage longtemps prolongé détermine le décubitus, et dans un cas de paralysie progressive, Liebreich a observé que les symptômes s'aggravaient rapidement après son usage prolongé, tandis qu'ils s'amélioraient après y avoir renoncé. (*London med., Record*, juin.)

Ces observations remarquables doivent donc servir d'avertissement à ceux qui seraient tentés de faire un usage exclusif de ce nouveau remède.

Propriétés antiputrides et antifermentescibles. Des expériences comparatives très-précises faites par MM. Dujardin-Beaumetz et Hirne sur des liquides et des corps rapidement fermentescibles comme des solutions sirupeuses albumineuses, l'eau distillée, la chair musculaire, les urines, le lait, la colle de pâte, il a suffi d'introduire 1 à 2 grammes de chloral chimiquement pur pour empêcher la fermentation, tandis qu'elle était complète dans les flacons qui en étaient privés. La glycose et la levûre de bière résistent seules.

C'est ainsi qu'une solution au 100e d'hydrate de chloral pur en lotions sur les plaies de mauvaise nature, employée depuis plusieurs années en Belgique et en Italie, en modifie rapidement l'aspect et la nature. Des ulcères, des chancres phagédéniques, des eschares, des gangrènes ont été guéris par ce moyen (voy. *ces mots*). Les plaies cancéreuses, surtout celles du col de l'utérus, pourront peut-être en être aussi utilement modifiées, de même que certaines affections cutanées, comme l'eczéma chronique et le prurigo.

En injections dans l'empyème et les kystes hydatiques, cette solution a une action aussi heureuse, de même que dans la vessie pour empêcher la décomposition des urines dans certains catarrhes.

Suivant M. Martineau, elle n'est qu'antifermentescible et non antiputride, ni désinfectante. Elle agit comme la teinture d'iode avec l'avantage de ne pas exposer à l'iodisme, ni tacher les linges du pansement, ni altérer les tubes de caoutchouc. Il joint à cet effet quatre à cinq cuillerées à bouche d'alcoolé d'essence d'Eucalyptus par 1000 grammes de cette solution chloralée et réussit ainsi parfaitement à enlever la fétidité. (*Soc. méd. des hôpitaux*, avril, et *Union méd.*, nos 62 et 63.)

Délire des blessés. Dans aucun cas, M. Panas n'en a obtenu un résultat aussi efficace ; ce qui est important quand on sait combien cet accident peut être grave et persistant. A la dose quotidienne de 4 à 8 grammes, le délire avait rapidement cessé ; mais il revint le soir même du troisième jour que l'on en cessa l'usage, et en donnant de nouveau le chloral, le délire disparut. Deux jours après, le médicament fut cessé et le délire reparut ; on en reprit l'usage une troisième fois, pendant trois jours, après lesquels le délire cessa définitivement.

Dans les cas graves, M. Panas y associe l'opium ou les

injections hypodermiques morphinées. Dans un cas de rupture de l'urèthre, le malade, pris d'un délire violent, résistait au chloral et à l'opium. On y associa une injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine matin et soir, et le délire cessa aussitôt. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

CHLORALUM. Médicament très-employé en Angleterre depuis l'année dernière comme désinfectant et antiputride. On le vend à Paris sous le nom de chlorure d'alumine et deux formes différentes. La première, sous forme liquide, est un hypochlorite d'alumine, limpide, incolore, légèrement jaunâtre, inodore, d'une densité de 1050 environ, rougissant le tournesol, mais ne le décolorant pas.

Le second est un liquide tenant en suspension une poudre blanche; c'est une solution de chlorhydrate d'alumine impur, répandant une forte odeur chlorée et décolorant rapidement le tournesol.

Comment agit-il comme désinfectant? Par son excès d'acide, il absorbe les combinaisons ammoniacales; en outre, l'alumine jouit de la propriété de former, avec un grand nombre de composés organiques mal définis, des combinaisons insolubles et stables désignées sous le nom de *laques*. C'est cette dernière propriété qui explique l'emploi de l'alun et des sels d'alumine comme antiputrides et agents de conservation des substances organiques. (*Répert. de pharm.*)

Préconisé contre le choléra par M. le docteur Blanc, il ne paraît pas avoir donné les résultats annoncés.

CHLOROFORME. *Morts par le chloroforme en Angleterre.* Un tableau fourni par le *Registrar General* donne les résultats suivants :

De 1852 à 1856 inclusivement, 13 morts ont été enregistrées.

De 1863 à 1868, 57 morts ont eu lieu. En 1872, 12 morts sont résultées directement de l'inhalation du chloroforme. (*London med. Record*, avril.)

Au lieu de diminuer, la proportion annuelle des décès par le chloroforme augmente donc d'une manière sensible en Angleterre, à moins que les cas en soient plus fidèlement rapportés maintenant qu'au début de l'emploi de cet anesthésique.

Un malheur semblable est arrivé à l'hôpital Cochin, service

de M. Le Fort, sur un homme de trente ans atteint de fissure à l'anus et traité par la dilatation. La chloroformisation ne présenta rien de particulier ; le sommeil était calme et paisible ; la respiration régulière, et le pouls d'une fréquence normale.

La dilatation anale terminée, l'opéré examiné continuait à dormir sans offrir rien d'inquiétant. Mais quelques instants après, la respiration devint stertoreuse, la figure était cyanosée, et le pouls avait disparu.

Sans perdre un instant, M. Le Fort fait attirer la langue; il met en usage les divers procédés de respiration artificielle : élévation et abaissement alternatifs des membres supérieurs; pressions alternées des parois thoraciques et des parois abdominales ; insufflation d'air à l'aide d'une sonde introduite dans le larynx, etc., tous ces moyens restent impuissants, ainsi que l'application des courants électriques. Le malade était mort.

L'autopsie n'a rien révélé, si ce n'est l'existence de deux petites cavernes pulmonaires que rien dans l'habitude extérieure du malade ne permettait de soupçonner, et qui ne paraissaient pas avoir compromis la santé générale. (*Soc. de chir.*)

CHLOROSE. Fondé sur ce fait bien établi que l'abaissement du chiffre des globules rouges en est la vraie base anatomique, comme dans l'anémie hémorrhagique, bien qu'elle s'accompagne ordinairement d'aménorrhée ou de dysménorrhée, M. le docteur Luton se demande, s'il n'y aurait pas quelque point du corps par lequel se ferait un écoulement latent de sang dont la continuité entraînerait tous les accidents de la chlorose. Répondant affirmativement, la muqueuse gastrique lui semble devoir être le siége de ce suintement sanguin. L'analogie des symptômes et du traitement avec l'ulcère de l'estomac lui en fournit la preuve. D'où le précepte d'examiner avec soin les garde-robes. La théorie serait confirmée si on les trouve plus ou moins colorées de sang, ou si le microscope y décèle la présence des globules sanguins (*Soc. méd. de Reims*, n° 10). Quelques observations personnelles eussent été plus concluantes.

CHOLÉRA. Une nouvelle épidémie dont l'origine paraît être en Russie, a envahi l'Europe. Parcourant le nord-est, elle a sévi surtout dans l'Empire austro-hongrois, l'Italie, les provinces Danubiennes, l'Allemagne, en touchant à la Suède et au Danemark ; puis, épargnant le Royaume-Uni, la Hollande et la Bel-

gique, malgré l'existence de nombreuses diarrhées saisonnières cholériformes, de cas de choléra infantile et de choléra nostras, elle a envahi la France par le Havre le 12 août, sans qu'il fût possible de bien déterminer le mode d'invasion. On soupçonne que des navires venant de Hambourg avec des patentes nettes, ont débarqué des malades qui ont ainsi importé le fléau. Deux exemples en ont été constatés à Paris que l'épidémie, remontant le cours de la Seine, n'a pas tardé à envahir le 4 septembre.

En général, sa marche a été lente, irrégulière, un petit nombre d'atteintes en a été la conséquence, particulièrement sur les personnes vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, faisant des excès ou déjà malades. Le nombre des cas intérieurs dans les hôpitaux de Paris a ainsi dépassé la proportion des épidémies antérieures. Ces cas étaient fort graves et la proportion de la mortalité s'est élevée à environ 60 pour 100.

Altérations histologiques et modifications du sang. Au lieu des lésions qualifiées de diphthéritiques par les Allemands, comme dans la dysenterie (voy. *ce mot*), MM. Kelsch et Renaut résument ainsi celles qu'ils ont rencontrées sur l'intestin dans quatre cas.

1° Développement du tissu embryonnaire dans la muqueuse et substitution de ce tissu aux glandes muqueuses qui se détruisent ;

2° Congestion de la sous-muqueuse, gonflement des cellules plates, néoformation de jeunes cellules aux dépens des éléments préexistants, altération de la membrane interne des vaisseaux sanguins et lymphatiques ;

3° Hyperplasie du tissu lymphatique, ramollissement central granulo-graisseux des follicules clos et agminés ;

4° Ces lésions sont celles de l'inflammation aiguë et chronique, telle qu'on la rencontre dans la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, la dysenterie. Elles n'ont rien de spécifique.

Sang. L'augmentation du nombre des globules rouges par millimètre cube de sang est très-considérable dans le choléra, et elle atteint son maximum dans la période algide, au moment où la déperdition séreuse est elle-même à son apogée.

Ainsi, pendant la période algide, M. Renaut a trouvé 7 489 000 globules rouges et 27 800 globules blancs par millimètre cube, en suivant la méthode de Malassez. Deux jours

après, pendant la période de réaction, il n'y a plus que 5 560 000 globules rouges, la proportion des globules blancs restant la même. Les globules blancs sont en quantité notablement supérieure à leur quantité normale : on en trouve jusqu'à 40 et 50 par champ de microscope à 450 diamètres.

En même temps que le sang s'épaissit, les globules se rapetissent de telle sorte qu'on les voit atteindre le diamètre de 3 millièmes de millimètre. Ces globulins disparaissent lorsque le sang revient à son état normal.

Un certain nombre des globules, en effet, est détruit, ce dont on a la preuve par l'augmentation de la quantité de la matière colorante de l'urine pendant la période de réaction.

M. Hayem de son côté a constaté aussi les mêmes altérations.

Sang. Chez une malade plongée dans le collapsus de la période algide, donnant 34 degrés dans les selles, les globules rouges étaient diffluents, visqueux, étirés, groupés par amas irréguliers, se confondant avec d'autres éléments. Des globulins rouges rudimentaires existaient en quantité. Globules blancs plus nombreux aussi qu'à l'état normal, mais sans trace d'aucun proto-organisme.

Chez une autre mourante, dans la période de réaction, avec une température élevée, le sang était normal, sauf une augmentation des globules blancs.

Selles. Un nombre considérable d'organismes inférieurs et jusqu'à dix variétés de vibrioniens et de bactéries ont été constatées réunies ou séparées, même dans la diarrhée prémonitoire. On ne peut pas dire que ces proto-organismes soient spéciaux. Des rangées de sporules ressemblant à des fibres striées ont été rencontrées dans les déjections de 3 cholériques. La présence des vibrioniens est donc la manifestation la plus constante.

Lésions. Depuis l'œsophage jusqu'au rectum, le tube digestif est distendu par une grande quantité de gaz, qui paralysent l'intestin. Les liquides, évalués à 2 ou 3 litres, sont souvent rendus par regorgement. La muqueuse est rouge, violacée par la distension des veines, surtout à la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin.

Au microscope, stase veineuse dans le réseau muqueux et sous-muqueux, avec dégénérescence granulo-graisseuse et troubles des vaso-moteurs. Aucune de ces lésions n'est spéci-

fique, ce sont celles du catarrhe intestinal aigu très-intense.

Du reste, dès 1867, M. le docteur Desnos avait décrit, d'après les travaux des auteurs allemands et français, l'hyperémie considérable des villosités intestinales, leurs desquamations épithéliales, l'augmentation des follicules clos due à l'hypergenèse de leurs éléments avec accumulatien de noyaux et de cellules dans leurs cavités, en un mot les lésions intestinales essentielles, caractéristiques du choléra.

Sous tous ces rapports, les auteurs précédents n'ont donc fait que confirmer ce qui était déjà connu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, septembre.)

Albuminurie. Suivant le docteur Hermann (de Pesth), la présence de l'albumine dans l'urine des diarrhéiques permettrait de diagnostiquer la diarrhée prémonitoire du choléra et de la distinguer de la diarrhée simple; ce serait donc là un signe précoce dont l'auteur dit avoir fait l'application avec succès dans 48 cas. On savait que l'albumine apparaît dans les périodes subséquentes, mais non assez tôt pour en faire un signe important de diagnostic précoce et différentiel. (*Allgem. Viener med. Zeitung*, juin.)

Helminthiase. C'est au *tricocéphale dispar* ou plutôt à sa présence dans l'intestin et sa morsure, que M. Grillo attribue le choléra. Les œufs seraient l'agent de propagation; mais comme leur développement demande plusieurs mois, selon M. Davaine, cette théorie n'est guère admissible. Autrement, étant démontré que ces animalcules pénètrent dans le tube alimentaire au moyen des boissons, c'est une raison de plus d'admettre la diffusion du choléra par les eaux potables.

Étiologie. M. J. Guérin persiste, envers et contre tous à peu près, à soutenir le développement spontané du choléra, sans nier sa contagiosité. Pour les besoins de cette cause, il ne tient aucun compte des faits d'importation, et confond le choléra sporadique avec le choléra épidémique, la diarrhée saisonnière et le choléra infantile en n'en faisant qu'une seule et même maladie, se développant dans des conditions communes sous l'influence d'un *quid divinum*, dont la diarrhée saisonnière est l'ébauche, l'avant-coureur.

M. Chauffard a réfuté cette assimilation en montrant les diffé-

rences, les distinctions de ces affections diverses. C'est détruire le système par la base. L'assimilation, l'identité des deux formes de choléra sporadique ou spontané et épidémique ou importé ne repose et n'est vraie que dans une de leurs périodes la plus commune et la seule constante : l'algidité. Or, ce symptôme est commun à toutes les maladies qui s'accompagnent d'évacuations alvines plus ou moins abondantes. Elle se montre ainsi dans le choléra sporadique, qui éclate le plus souvent chez des personnes atteintes de dysenterie, de diarrhée chronique ou d'autres affections intestinales, produites ou entretenues par des lésions plus ou moins graves. Les superpurgations, surtout avec le tartre stibié, peuvent même les provoquer. De même de divers empoisonnements et du choléra herniaire, etc.

L'algidité n'est donc pas un signe qui puisse servir à montrer l'identité des deux choléras. La diarrhée qui les précède les distingue. Simple, chronique, individuelle et se rattachant ordinairement à des lésions appréciables dans le choléra sporadique ou spontané, elle est récente, riziforme, commune, sans cause appréciable autre que l'influence épidémique sous laquelle elle se développe, dans le choléra épidémique. C'est là un caractère essentiel.

La réaction qui peut suivre dans les deux cas la période algide les différencie également. Franche, rapide, complète, modérée dans le choléra sporadique, de même que dans un accès de fièvre intermittente, elle est lente, difficile, faible, embarrassée, et parfois même incomplète dans le choléra épidémique. Des congestions variées, fixes ou mobiles en sont la conséquence avec un caractère typhique, adynamique qui, pour retarder la mort, ne la déterminent pas moins. C'est donc encore là une opposition qui ne peut tromper aucun praticien attentif. La prétendue uniformité n'est qu'une illusion.

Quant à faire dériver la diarrhée prémonitoire de la diarrhée saisonnière en les assimilant l'une à l'autre, elles présentent outre leurs caractères physiques, des différences essentielles. La diarrhée saisonnière, ordinairement séreuse, noirâtre, bilieuse, se développe sous une constitution médicale catarrhale et ne peut se communiquer. Elle n'est pas absolument suivie du choléra, et c'est ainsi qu'elle a régné en 1872, sans que ce fléau y ait succédé comme M. Guérin l'avait prédit, de même qu'elle a sévi en Angleterre, en Belgique et dans le nord même de la France, sans que le choléra s'y soit déclaré. La diarrhée

prémonitoire, au contraire, séreuse, blanchâtre, riziforme, survient dans toutes les conditions, n'est pas nécessairement précédée de la diarrhée saisonnière et peut se communiquer et déterminer le choléra. On peut même soutenir aujourd'hui qu'elle est le principal moyen de contagion. La première est ainsi une affection aussi simple et commune, que la seconde est spécifique et grave. Enfin, un dernier caractère différentiel, c'est que les unes bien soignées guérissent en général, tandis que les autres ont le plus souvent une issue funeste.

Contagion. Généralement admise, elle a surtout éveillé l'attention des médecins. Si elle n'a pu être clairement démontrée au Havre, il est cependant remarquable que c'est encore par un de nos ports, où avaient surtout accès les navires allemands de Hambourg où régnait le choléra, et souvent munis de patente nette, alors qu'ils portaient des cholériques, que l'importation s'est déclarée comme cela avait eu lieu précédemment par celui de Marseille. Cette voie serait donc le principal moyen de propagation. Aussi les Anglais ont-ils pris des mesures rigoureuses pour isoler et purifier les navires reconnus infectés, et isoler complétement les cholériques dans des hôpitaux spéciaux. C'est, en effet, dans ce moyen, soigneusement pratiqué, que doit se trouver la plus sûre prévention.

Telle est cette influence de la contagion, que l'on en est arrivé à se demander si les médecins et les élèves des hôpitaux de cholériques, les religieuses et les infirmiers surtout, ne peuvent pas jouer un rôle dans la transmission des miasmes infectieux, lorsqu'une relation médiate, parfois incessamment renouvelée, existe entre eux comme dans les hôpitaux de Paris, où une salle est consacrée à l'isolement des cholériques et des varioleux. Isolement fictif en réalité. C'est ainsi que de nombreux cas intérieurs de cholériques se sont déclarés dans les salles ordinaires des médecins chargés du service des cholériques et ont constitué de véritables foyers. Un seul cas s'est déclaré au Val-de-Grâce dans le pavillon où étaient isolés les cholériques. Au Gros-Caillou, tous les cas intérieurs se sont déclarés dans les salles de M. le docteur Widal, chargé des cholériques complétement isolés.

A l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, un albuminurique ayant été pris du choléra, fut transporté aussitôt dans la salle spéciale où il guérit. Ramené en convalescence, le 4 octobre,

dans la salle Saint-François, n° 26, on vit successivement les malades voisins des lits n°s 25, 24 et 27 atteints de choléra. Ce furent les seuls cas intérieurs de cette salle.

M. Woillez a vu de même deux seuls cas intérieurs se développer dans son service, à la suite de la présence dans la salle de cholériques convalescents.

Dans ces cas de contagion, M. Bourdon a remarqué que la diarrhée prémonitoire fait le plus souvent défaut; qu'ils sont beaucoup plus graves et plus souvent foudroyants que dans les cas spontanés. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

En se confirmant, ce dernier fait servirait utilement au diagnostic des cas par contagion.

Isolement. Des hôpitaux spéciaux, isolés, pour les cholériques, semblent en être la condition *sine qua non*. Il en existe à Londres, et il en a été préparé un à Dublin sur un navire aménagé à cet effet. Il en a été de même à Berlin et à Vienne, tandis que rien de semblable n'existe encore à Paris. Aussi, après une discussion à ce sujet, montrant l'inanité du système actuel, la Société médicale des hôpitaux a-t-elle décidé sur la proposition de M. le docteur Brouardel, dans son ordre du jour du 3 octobre, qu'elle considère comme illusoire l'isolement pratiqué dans les bâtiments consacrés au traitement des maladies communes. En conséquence, elle a émis le vœu, ne pouvant faire davantage, que dans tous les hôpitaux où l'on ne pourra disposer de pavillons isolés, on installe des baraques ou des tentes exclusivement consacrées, les unes aux cas de choléra douteux, les autres au choléra confirmé avec un personnel spécial pour ces dernières. Elle a décidé en outre, à l'unanimité que, en cas de recrudescence de l'épidémie actuelle, des bâtiments spéciaux, nouveaux, comme les postes-casernes ou des baraques, soient établis en rapport avec les nécessités de chaque quartier.

Des objections ont été faites sur le danger d'expansion infectieuse créé par ces hôpitaux spéciaux placés dans de grands centres.

Un système d'isolement efficace nouveau a été employé au Havre dès le début de l'épidémie. Sans alarmer personne, l'autorité municipale s'est empressée d'organiser un service médical gratuit pour les familles indigentes, sous la direction de M. le docteur Perrichot, auquel se sont adjoints la plupart des

médecins de la ville. Dès qu'un cas de choléra était signalé dans une famille indigente, et c'est parmi elles que le choléra a fait le plus de victimes, le commissaire de police était averti et se rendait dans la maison contaminée avec le médecin en chef. Les malades étaient transportés à l'hôpital, et la maison était évacuée par l'envoi des autres habitants dans une maison municipale où des lits se trouvaient en quantité suffisante. La maison était ensuite purifiée et ne pouvait être réhabitée qu'après. L'effet de ces mesures fut d'empêcher la propagation et de ménager l'existence de bien des malheureux qui auraient succombé sans ces mesures prophylactiques.

Traitement. La thérapeutique ne s'enrichit guère contre cette redoutable maladie. La voie gastrique ne donnant pas de résultat satisfaisant, on est revenu à la voie hypodermique et vasculaire. Les injections veineuses, simplement aqueuses ou alcalines, renouvelées par M. Dujardin-Beaumetz dans trois cas, n'ont donné d'autre résultat qu'une réapparition momentanée du pouls avec élévation de la température. Le rappel de vingt autres observations, ainsi que les formules employées, n'a donc guère de valeur que pour mémoire. (*Union méd.*, n° 124.)

Injections veineuses du lait. Un médecin canadien, le docteur Hodder, vient de rappeler tardivement comme les ayant employées avec succès, lors de la dernière épidémie, pour rendre au sang sa fluidité. C'est donc une imitation de la transfusion du sang, et même de l'injection de l'eau simple tentée par Magendie, ou de l'eau salée faite par M. Lorain. Ici, c'est du lait de vache récemment trait et filtré, chauffé au bain-marie dans la seringue, que l'on injecte dans la jugulaire à la dose de 200 grammes à la fois. Sur trois cholériques qui y ont été soumis *in articulo mortis*, c'est-à-dire dans le collapsus avec algidité, vomissements, selles riziformes et anurie, un seul a succombé, et encore est-ce parce que l'injection n'a pu être renouvelée. Mais ces prétendus succès n'ont pas empêché l'administration et les médecins de l'hôpital, où ils ont eu lieu, de s'opposer à la continuation de ces tentatives dangereuses, dont le résultat reste ainsi incertain.

Le docteur Albertoni, aide de physiologie à l'Université de Padoue, les a complétées sur les animaux. Du 2 juin au 7 juillet dernier, il a injecté 100 grammes de lait frais et pur

dans la jugulaire externe d'un chien et de 20 à 50 grammes à des lapins. Tous sont morts immédiatement, en offrant à l'autopsie une cyanose uniforme des muqueuses avec pâleur et flaccidité des poumons.

Devant cette infirmation expérimentale des succès précédents, M. Albertoni en a cherché la cause, et le microscope lui a révélé la déformation rapide des globules sanguins au contact du lait et de l'eau, tandis qu'ils conservent parfaitement leur forme dans le sérum du lait, même à réaction acide. Imitant M. de Belina, qui a défibriné le sang pour le transfuser, M. Albertoni a injecté le petit-lait filtré et chauffé au bain-marie dans la seringue, à 30°C. environ, à 2 chiens et 2 lapins sans en observer aucun effet nocif. D'où il conclut qu'une quantité de sérum équivalant au dixième de la masse totale du sang chez l'homme peut lui être transfusée avec innocuité contre le choléra. (*Gazz. med. Venete*, juillet.)

Rien ne montre, toutefois, que ce moyen réussira chez les cholériques, car si la même contradiction existe que pour le lait, le sérum, favorable aux animaux, ne manquera pas d'être fatal à l'homme. C'est donc un simple renseignement.

Injections hypodermiques morphinées. Employées par M. le docteur Massart (de Honfleur) sur 3 cholériques se plaignant de crampes atroces à la région épigastrique qui se répétaient toutes les cinq minutes ; face grippée, yeux enfoncés, corps froid, pouls misérable, ongles bleus, sueur visqueuse, anurie, selles liquides, grises, granuleuses, vomissements incolores ; une injection hypodermique de 10 gouttes d'une solution au chlorhydrate de morphine, soit 2 centigrammes, fut faite à la région épigastrique. Une heure après, les crampes diminuaient ; les selles étaient arrêtées, et l'on put dès lors administrer aux malades les médicaments nécessaires. Cette médication d'un effet certain et très-rapide peut donc combattre efficacement les crampes d'estomac, les vomissements et la diarrhée. (*Union méd.*, n° 122.)

Injections de nitrite d'amyle. Le docteur Vood (de Philadelphie) ayant observé chez les animaux qu'elles n'entraînaient pas, comme les inhalations de cette substance, de la dyspnée et de la soif avec l'accélération de la circulation, le docteur Smith a essayé ce traitement avec soin, et les résultats n'en ont

pas été encourageants. Le nitrite d'amyle n'eut aucun effet marqué sur le pouls. Après chaque injection, le pouls était peut-être un peu plus fort qu'auparavant, mais cet effet même était insignifiant et essentiellement transitoire. C'est à peine si la respiration fut un peu accélérée. La température s'éleva de deux degrés pendant l'opération, mais après, elle retomba de près d'un degré. On ne peut pas dire que l'état général du malade se soit amélioré en rien. On avait administré 3 grammes 1/2 de nitrite d'amyle en une heure trente-six minutes. Le malade mourut environ deux heures et demie après l'opération. Vers la fin des injections, il devint un peu agité, mais il n'eut rien qui ressemblât à des convulsions. Il n'y avait pas de dyspnée et la soif n'avait pas augmenté.

Ipéca et sulfure de mercure. M. Hayem s'est bien trouvé de l'emploi de l'ipéca au début pour calmer les vomissements ; il a modifié efficacement la susceptibilité gastrique et diminué les vomissements, même dans la période de réaction.

Contre la diarrhée, le sulfure de mercure, employé par Serres à la Pitié en 1832 et recommandé par le docteur Murino, comme parasiticide à la dose d'un gramme toutes les deux heures, l'a fait cesser rapidement chez trois malades. Il mérite donc d'être employé.

Chloral. M. le docteur Nepveu l'a employé avec succès dans quelques cas; en voici deux comme exemples :

Un jeune homme de trente ans est pris, dans la soirée, d'une diarrhée très-intense ; les selles redoublent la nuit ; le lendemain, il se trouvait dans une faiblesse extrême. Vers midi, le malade affirme avoir eu une cinquantaine de selles depuis la veille. 4 grammes de chloral pour 30 grammes d'eau sont administrés dans une tasse de thé au rhum. Vingt minutes après, il dormait d'un profond sommeil. Dans la soirée, il n'alla plus à la selle que quatre ou cinq fois ; la nuit fut très-bonne, et, le lendemain, il était parfaitement remis.

Un homme de trente-huit ans environ, très-robuste, est pris vers minuit de diarrhée, puis d'envies de vomir; dans la matinée, des vomissements incessants ont lieu avec un refroidissement très-marqué, puis des crampes ; les selles deviennent de plus en plus fréquentes , et l'émaciation le rendait presque méconnaissable.

2 grammes de chloral sont pris dans un peu d'eau sucrée. Il le vomit presque aussitôt. N'espérant pas plus de tolérance de l'intestin que de l'estomac, des injections sous-cutanées de chloral sont faites par une dizaine de piqûres sur les jambes, les cuisses, la poitrine avec à peu près 2 grammes de chloral. Il s'endormit presque aussitôt, et le lendemain il se promenait dans la campagne.

Des moyens de prévenir et de traiter le choléra ; étude fondée sur une connaissance des causes et du mode de propagation de cette maladie par M. le docteur H. Blanc ; brochure in-8° de 46 pages, librairie *Germer Baillière*. Exposé de l'origine indienne de l'épidémie de choléra de 1866-67, sa marche et son mode de propagation et d'extension par l'usage d'eaux corrompues par les évacuations cholériques qui seraient la seule matière contagifère. C'est ce que M. le docteur Pellarin avait avancé il y a plus de vingt ans. Seulement, l'auteur précise ici comment ces déjections, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, cessent d'être contagieuses par leur décomposition. Des exemples authentiques et convaincants, empruntés aux médecins militaires anglais dans l'Inde, sont rapportés avec une très-grande précision comme preuves à l'appui. L'immunité des altitudes est combattue comme fausse et erronée, ainsi que l'influence du sol, celle des vents, de l'air, de la chaleur, de même que la transmission par l'haleine ou le toucher, le contact des cholériques.

La prophylaxie consiste donc à décomposer ces déjections aussitôt rendues et à les enlever promptement, à boire des eaux qui ne soient pas susceptibles d'en être imprégnées, à éviter l'encombrement des cholériques et établir une ventilation active autour d'eux. C'est ainsi que les troupes anglaises aux Indes s'en prémunissent.

Comme traitement, le chlorure d'aluminium est préconisé comme arrêtant la décomposition de la matière organique et comme désinfectant. Ce mémoire, lu à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, mérite d'être consulté.

Épidémie de choléra spontané dans l'Amérique du Sud, par M. le docteur Estrazulas, médecin de l'hôpital des cholériques à Montevideo. — Relation de la dernière épidémie de choléra au Paraguay, de 1866 à 1868, lors de la guerre avec le

Brésil, tendant à démontrer son développement spontané. On sait que le Paraguay était étroitement assiégé par ses ennemis alliés, aussi bien que Paris en 1871. Or, c'est pendant ce siége que le choléra, qui n'avait jamais paru dans cet État, s'y développa spontanément, sans que les habitants, bien retranchés, eussent de communication avec l'ennemi ni avec le reste du monde. Or, le sol de ce pays est humide, marécageux, la décomposition végétale et animale y est permanente, et c'est en l'assimilant au climat des bords du Gange que M. Estrazulas trouve la cause du développement spontané de l'épidémie.

Mais, si c'était là la véritable cause, pourquoi le choléra ne s'y est-il pas développé auparavant, d'une manière intermittente, comme dans l'Inde? Sa communication aux armées alliées, au camp insalubre de *Estero Bellaco* et sa propagation successive à toutes les villes situées sur la Plata et qui ravagea ces contrées pendant trois ans que dura la guerre, disparaissant et reparaissant alternativement, n'est-elle pas, au contraire, une preuve de sa transmission fortuite? Cet exemple n'est donc pas plus convaincant que tous ceux apportés à l'appui du développement spontané. Il montre seulement que l'encombrement et de mauvaises conditions hygiéniques sont des causes de son intensité, car aussitôt la guerre finie et les troupes dispersées, l'épidémie prit fin. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

CHORÉE. *Hallucinations.* Signalées par Marcé dans son mémoire sur l'état mental dans la chorée, elles paraissent n'avoir affecté, dans les observations qu'il rapporte à l'appui, que quelques sens, comme la vue, l'ouïe et la sensibilité générale. Mais il ajoute qu'elles sont infiniment plus fréquentes et complexes toutes les fois que la chorée est compliquée de phénomènes hystériques. La réalité de cette prévision est confirmée par le fait suivant observé par M. Ritti :

Une demoiselle de dix-neuf ans, anémique et sans antécédents nerveux, présenta tout à coup, par suite d'un violent chagrin causé par la rupture d'un mariage, des troubles mentaux, peur, inquiétude, frayeur, avec mouvements anormaux et choréiques des bras, des jambes, de la face; constriction à la gorge. Elle a des colères, des tristesses et des joies exagérées sans motif. Tout en répondant juste, ces réponses deviennent bientôt évasives. Les mouvements choréiques se généralisent et

bientôt l'état moral s'aggrave : elle voit une araignée sur son édredon, un chat dans son oreiller, des lumières ; elle entend des voix d'hommes, des portes qui se ferment ; elle éprouve des piqûres d'épingles, les démangeaisons de la gale ; elle sent des odeurs de soufre, de savon, de chandelle et jusqu'à la saveur d'aliments empoisonnés.

On peut attribuer cette série d'hallucinations diverses à l'état hystérique démontré par les constrictions de la gorge. Mais l'auteur les rattache exclusivement à la chorée, parce que ces constrictions sont assez fréquentes dans la chorée simple. Les hallucinations généralisées seraient donc un des caractères de la manie choréique. C'est à de nouvelles observations à le justifier. (*Union méd.*, n° 132.)

Chorée sénile. Sur un homme de soixante-huit ans atteint de chorée unilatérale et mort de bronchite capillaire, le docteur Foot constata à l'autopsie sur la superficie et l'extrémité antérieure du corps strié, du côté opposé à la chorée, deux légères dépressions causées par une diffluence de la substance cérébrale blanche avec granulations et des détritus moléculaires et graisseux. A la partie interne du *thalamus opticus*, du même côté, était une profonde traînée d'un jaune roussâtre vers la fin du ventricule latéral et d'un rouge bleu à la partie opposée vers les corps quadrijumeaux. Toutes les artères presque sans exception étaient athéromateuses. Aucune anomalie de la moelle ; cervelet petit et graisseux ; les reins, granuleux et cystiques, avaient leurs artères athéromateuses et leur enveloppe épaissie. Le cœur et l'aorte présentaient des traces athéromateuses. (*Soc. pathol. de Dublin*, mars, et *Irish hosp. gaz.*, avril.)

D'après ces lésions, il serait indispensable d'avoir la symptomatologie de cette chorée pour en connaître les caractères précis, car on peut comprendre sous ce titre différentes affections convulsives, dont quelques-unes peuvent expliquer les lésions trouvées à l'autopsie.

CLIMATOLOGIE. Complétant ses études précédentes sur l'influence des changements de climat sur l'économie humaine (voy. *année* 1872), M. Rattray a constaté :

1° Que le premier effet d'un grand changement de climat porte sur la circulation. Le sang est attiré vers la superficie par la chaleur, refoulé vers l'intérieur par le froid.

2° Un effet secondaire et lent est l'augmentation correspondante de la vascularité des parties sur lesquelles le sang afflue.

3° L'intensité de la fonction respiratoire, celle de la sécrétion urinaire, diminuent considérablement sous les tropiques; le pouls devient en même temps moins fréquent et plus faible. La température de la surface du corps et peut-être celle du sang se maintiennent cependant.

4° Tous les organes sont d'ailleurs affectés par les changements de climat, la chaleur diminuant le poids, la vigueur et la santé à tous les âges, et retardant l'accroissement pendant la jeunesse, tandis que le froid a des effets exactement inverses.

5° Ces effets varient avec le sexe, le tempérament, la taille, etc. Ils sont plus évidents chez l'adulte et moins marqués vers les deux âges extrêmes.

6° Pris ensemble, ces changements sont momentanément salutaires, et ont pour effet de rapprocher l'organisation des étrangers de celle des indigènes, ce qui n'est jamais peut-être complétement réalisé. (*Soc. roy. de Londres*, janvier.)

Traité de climatologie générale du globe; études médicales sur tous les climats, par le docteur Armand, ex-médecin-chef de l'hôpital militaire de Saïgon (Cochinchine). 1 gros vol. in-8°; Paris. Sous ce titre ambitieux, l'auteur n'a pas réalisé tout ce qu'il promet. Un seul volume n'y suffirait pas. La première partie : physique et géographie climatériques du globe, est tout élémentaire et ne dépasse guère ce que l'on enseigne dans les colléges et lycées. La partie relative aux États-Unis est beaucoup au-dessous de la description et des généralisations philosophiques de Volney, en 1797, dit M. Séguin, dans ses *Archives de médecine scientifique et pratique*. Les deux autres parties sont la réédition corrigée et augmentée des mémoires originaux de l'auteur sur les climats et les maladies de l'Algérie, de Rome, de la Cochinchine et de Pékin, où il a séjourné. Tout le reste est très-superficiel et fort au-dessous de l'idée que l'on pourrait s'en faire d'après les éloges de librairie donnés à ce livre qui, pour justifier son titre, reste encore à faire.

COEUR. *Traitement des maladies à ses diverses périodes.* M. le docteur Peter le résume ainsi dans ses leçons :

Au début, la digitale a beaucoup d'action sur les palpitations

qu'il faut combattre, parce qu'elles sont la première cause de l'hypertrophie du cœur, et l'on sait que le rôle compensateur que l'hypertrophie jouerait, par rapport aux affections cardiaques, a été singulièrement exagéré. M. Peter donne la préférence à la digitaline, qu'il prescrit à la dose de 1 à 2 milligrammes. Chez les personnes nerveuses, il ajoute l'éther, le laurier-cerise, le chloral ; l'éther et le chloral sous la forme de perles (2 à 6 par jour pour l'éther, 2 à 3 pour le chloral) ; l'eau de laurier-cerise à la dose de 5 à 10 gouttes sur un morceau de sucre, deux ou trois fois par jour.

Contre les douleurs, surtout celles qui sont dues à l'inflammation des nerfs du plexus cardiaque, applications de ventouses scarifiées ou de sangsues dans la région sus-mamelonnaire. Si le danger est moins imminent, les vésicatoires suffisent : bromure de potassium (4 à 8 grammes par jour), qui produit un effet sédatif remarquable sur les désordres cardiaques et la dyspnée concomitante.

Si les attaques de douleur et de dyspnée reparaissent à courts intervalles, application d'un cautère dans le deuxième ou troisième espace intercostal, près du sternum, et, lorsqu'il s'agit d'une femme, l'application pendant deux ou trois mois, une fois par semaine, d'une mouche de Milan, et les badigeonnages de teinture d'iode sur la région du cœur.

Dans la deuxième période, appelée *chimique*, et caractérisée par des troubles de l'hématose, de la dyspnée et de l'anémie, les pastilles de kermès, à la dose de 6 ou 8, d'ipéca à la dose de 4 à 6, sont utiles pour décongestionner les poumons. Les balsamiques, les préparations de Tolu, de térébenthine, la tisane d'infusion de bourgeons de sapin, les pilules de Morton, conviennent pour entretenir à la surface de la muqueuse respiratoire une salutaire hyperémie sécrétoire. Il ne faut pas dédaigner plusieurs fois par jour les inhalations de sels volatils anglais, les bains d'air comprimé, qui agissent en décongestionnant mécaniquement les vésicules pulmonaires. Des frictions sur la partie antérieure du thorax avec le baume de Fioravanti, sont aussi utiles pour prévenir les congestions.

L'anémie est combattue avec les ferrugineux, les lotions simples ou vinaigrées pratiquées sur le corps.

A la troisième période, caractérisée par des congestions viscérales multiples, les drastiques et les diurétiques sont indiqués, ainsi que l'électuaire suivant de Cruveilhier :

℞ Poudre de séné	*dd*	4 grammes.
— de jalap		
— de scammonée		1 —
— de gomme-gutte		30 centigrammes.
Sirop de nerprun	*dd*	30 grammes.
Miel		

Une à trois cuillerées à café le matin.

Quant à la digitale, que l'on donne d'une façon banale, il faut la proscrire quand les contractions du cœur sont faibles, qu'il existe de la cyanose, qu'il y a des congestions viscérales intenses ; dans ces cas, le bromure de potassium convient mieux.

Contre l'insomnie, le bromure de potassium seul, ou associé au chloral, peut être très-utile.

Dans la quatrième période, caractérisée par des hydropisies, on doit avoir recours d'une façon prudente aux diurétiques, sudorifiques et purgatifs. Parmi les sudorifiques, proscription absolue des bains de vapeur et emploi de la poudre de Dower à la dose de 20 à 30 centigrammes.

Il faut soutenir l'organisme par l'emploi de l'eau-de-vie à la dose de 60 grammes, de vins généreux (Porto, Madère, Xérès). Le café agit très-bien aussi dans ces cas. Il faut combattre l'anémie par les eaux minérales ferrugineuses : celles de Bussang ou d'Orezza.

On doit proscrire les excès de table, les aliments trop excitants, ordonner une diète sèche, afin que le cœur ait une masse de liquide moindre à mouvoir, par conséquent, peu de soupes et de bouillons, de la viande saignante ou de la viande crue, des œufs, du poisson, etc.

L'hydrothérapie peut être suivie d'excellents résultats dans les affections graves du cœur, surtout dans les cas où les phénomènes généraux sont accusés ; car l'hydrothérapie agit en activant la circulation périphérique et la circulation centrale, en favorisant l'hématose, les oxydations, la nutrition et la calorification. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

Heart diseases in Australia (Les maladies du cœur en Australie), par le docteur Reeves ; un volume in-8° de 188 pages. Melbourne. Ouvrage basé sur 310 observations cliniques montrant la fréquence des maladies du cœur sous ce climat et les particularités qu'elles présentent. Ce sont notamment la chorée

du cœur et les anévrysmes de l'aorte thoracique, beaucoup plus fréquents qu'en Angleterre. 26 décès en sont ainsi comptés sur 3593. C'est donc un livre à consulter.

Cœur gras. *Forme anémique.* M. Ponfick en distingue deux espèces idiopathiques : la première et la mieux connue survient chez les personnes âgées avec épaississement des parois vasculaires et autres changements séniles de ce viscère. La seconde, peu étudiée, survient de vingt à quarante ans et est toujours associée à de graves altérations du sang. Sur 38 exemples constatés à l'autopsie, dans l'espace de trois ans, 25 existaient sur des femmes. Ce n'est donc pas une affection rare.

Les sujets atteints étaient remarquables par leur pâleur de cire générale et une extrême anémie correspondante de tous les organes internes. Ce dernier caractère contraste avec la congestion qui caractérise la forme sénile ; d'où le nom de *pléthorique* pour celle-ci et de *dégénérescence graisseuse anémique* pour celle-là. Les parois vasculaires sont généralement à l'état normal dans cette forme, à l'exception de quelques légers changements graisseux et rétrécissements de calibre. Le cœur a son volume normal, les valvules sont saines, mais remarquablement graisseuses. Et, contrairement à la forme sénile, elles ne présentent que des traces de pigmentation des fibres musculaires. Le sang est très-sérieusement altéré, par sa faible quantité, son apparence aqueuse et le défaut de fibrine et de globules rouges. Mis dans un verre, ces globules tombent au fond du vase, en formant une couche distincte d'une couleur rouge intense. Les globules blancs paraissent très-multipliés. C'est le contraire dans la forme sénile.

Les autres apparences morbides rencontrées dans la forme anémique : la transformation graisseuse de l'épithélium rénal, des cellules du foie et des tubes gastriques, sont les plus fréquentes, et coïncident avec l'ictère catarrhal, l'œdème des poumons et d'autres organes.

Quant à l'étiologie, cette dégénérescence coïncidant pendant la vie avec des affections chroniques du tube digestif, l'avortement, les hémorrhagies répétées, la syphilis, la cirrhose du foie, etc., qui déterminent directement ou indirectement l'anémie chronique ou l'hydrémie, il y a lieu d'admettre une certaine connection entre elles. (*Berl. Klin. Wochensk.*, nos 1 et 3.)

COLOTOMIE. Un des caractères de la chirurgie anglo-américaine, c'est son audace, sa témérité. L'opération de la colotomie lombaire qui a été très-pratiquée dans ces dernières années, contre les rétrécissements du rectum, le plus souvent cancéreux ou fibro-plastiques, en est un exemple frappant. Qu'espérer, en effet, d'une opération semblable, sinon la prolongation de quelques jours de vie, contre le danger formidable d'une mort anticipée? Cette perspective n'arrête pas les chirurgiens anglo-américains.

M. Erskine-Mason, professeur adjoint de chirurgie à l'Université de New-York, rapporte ainsi 6 observations de colotomie suivies de mort rapide. Et cependant, loin de la repousser après ces insuccès, il en fait une monographie historique complète avec une statistique de 80 cas, c'est-à-dire tous ceux qu'il a pu collecter depuis 1853 jusqu'à ce jour. Elle forme ainsi la suite de celle de M. Hawkins, comprenant 44 cas ; soit un total de 124 opérations.

Dans ces 80 cas nouveaux, il y avait 44 hommes et 34 femmes (le sexe n'est pas indiqué dans les 2 autres), dont 74 furent opérés par la méthode d'Amussat. 54 guérirent et 23 succombèrent, et encore 13 de ces derniers décès ne sont pas attribués à l'opération ; c'est donc 10 seulement en résultant.

Ce nombre de guérisons serait très-encourageant si elles étaient prolongées, durables ; mais, dans les cas les plus favorables, la vie n'a guère été prolongée que de quelques années. La plus longue période a été de six ans. Mais ce cas est tout à fait exceptionnel. C'est ainsi que, dans 12 cas de fistules vésico-intestinales, avec ou sans rétrécissement du rectum, la plus longue survie fut de deux ans et demi.

La survie n'est pas indiquée dans les cas de cancer ; mais on peut juger qu'elle doit être plus courte.

Ce tableau synoptique et analytique peut servir à résoudre les diverses applications de la colotomie. (*Amer. Journ. of med. sciences*, octobre.)

Une statistique de 9 cas, chez des femmes, par M. Christophe Heath, donne les résultats suivants : Contre 2 rétrécissements cancéreux, la mort s'ensuivit ; contre 3 squirrhes au début, c'est-à-dire avant le rétrécissement, 2 opérées guérirent et vécurent encore sept mois. Contre 2 rétrécissements syphilitiques ulcérés, la colotomie fut suivie de guérison, tandis que, dans un troisième cas avec fistules, la mort s'ensuivit. Elle fut suivie

de succès contre une fistule recto-vésicale. C'est donc 4 morts et 5 guérisons immédiates. (*British med. journ.*, août.)

COMMOTION CÉRÉBRALE. *Urines neutres.* D'après quatre observations recueillies dans la clinique chirurgicale du professeur Loreta (de Bologne), sur des hommes de seize, vingt et un, trente-deux et cinquante-deux ans, frappés de commotion cérébrale, l'urine émise de huit à vingt-quatre heures après la chute, donnait uniformément une réaction neutre au papier de tournesol. M. le docteur Testi explique ce fait, resté inconnu jusqu'ici, en ce que par le fait même du ralentissement de la circulation, le phosphate de soude contenu dans le sang ne rencontrant pas d'acide urique dans le rein, ce sel reste neutre au lieu de devenir acide et laisse ainsi l'urine neutre. Si l'explication de ce phénomène est vraie, ce serait la découverte d'un fait assez curieux de physiologie pathologique. Toutes les explications des urologistes sont passées en revue pour le prouver. (*Riv. clin. di Bologna.*)

CONSTIPATION. *Podophyllin.* Fondé sur les expériences de H. Bennett sur ce médicament américain, M. Constantin Paul le recommande particulièrement contre la constipation habituelle en raison surtout de sa propriété, peut-être unique parmi les purgatifs, de ne pas amener une constipation consécutive et de pouvoir être employé pendant longtemps sans perdre de son action. A la dose de 5 à 10 centigrammes, il est peu irritant pour la muqueuse et ne détermine pas d'entérite comme le jalap et l'huile de croton. Son action sur les glandes intestinales et hépatiques est très-accusée, puisque les garderobes contiennent beaucoup de mucus et de bile ; enfin, son action est modérée sur les muscles intestinaux.

A dose plus élevée, il détermine des vertiges, des sueurs, des nausées, des vomissements, surtout chez les enfans et les personnes atteintes d'embarras gastriques.

De 2 à 5 centigrammes, il n'y a plus d'effet purgatif, mais simple expulsion des matières contenues dans le gros intestin, huit à dix heures après son administration. En prenant ainsi une pilule de podophyllin le soir en se couchant, on est sûr d'avoir une selle naturelle et sans colique le lendemain dans la matinée.

L'association de la belladone ou de la jusquiame, ayant paru

plus nuisible qu'utile, M. Paul l'a administré seul, enveloppé seulement d'un peu de miel pour que les pilules restent molles. 16 malades atteints de constipation en ont ainsi fait usage avec un complet succès.

C'est donc là un médicament d'un usage journalier, d'un effet sûr et des plus satisfaisants. (*Rép. de pharm.*, nos 9 et 10.)

Suppositoires de gélatine. Employés avec succès par le docteur Nagel, lorsque des scybales dures remplissent le rectum ou la courbure sigmoïde du côlon. On leur donne la consistance voulue en les tenant dans l'eau froide pendant douze heures et on les introduit aussi haut que possible dans le rectum. Ils ramollissent ainsi les matières dures par leur contact et déterminent naturellement des selles non douloureuses dans les vingt-quatre heures.

Un moyen plus simple et expéditif, et tout aussi sûr dans ses résultats, est la glycérine en lavement. Il suffit même d'en enduire abondamment l'anus pour provoquer le ramollissement des matières et leur expulsion.

COQUELUCHE. *Adénopathie bronchique.* M. Gueneau de Mussy, qui en signale l'existence, est porté à lui attribuer la persistance de la toux convulsive. L'inspiration sifflante qui précède la quinte se retrouve souvent dans les degrés avancés de l'adénopathie, parfois même avec le vomissement terminal. Ce serait donc au moins une complication de la maladie, surtout dans les coqueluches chroniques, que l'auteur attribue à une compression du pneumogastrique par l'engorgement ganglionnaire. C'est ainsi que, chez une jeune dame, dont il rapporte l'observation, il resta une oppression continuelle, des accès de dyspnée violents et presque convulsifs, à la suite d'une coqueluche intense. La voix s'est éteinte, sans présenter la raucité ni le timbre de la laryngite chronique. Malgré l'usage des bromures, de la belladone, des Eaux-Bonnes et du séjour à Arcachon, ces accidents persistants furent attribués à une lésion du pneumogastrique. M. Gueneau de Mussy, ayant constaté les signes de l'adénopathie bronchique, l'eau de la Bourboule fut prescrite alternativement avec les préparations iodées. (*Gaz. hebd.*, nos 21, 22.)

Inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque. Par l'usage de

l'inhalateur Lœwin, dont il donne la description, M. Libermann a employé 12 fois ces inhalations. Dans 7 cas, les accès de toux ont été très-amendés, de même que dans l'angine et la bronchite (voy. *ces mots*), et la maladie guérie dans un espace de trois à cinq semaines; le résultat a été nul dans les autres. (*Union méd.*, n° 102.)

Belladone. L'usage de la belladone contre la coqueluche ne présente rien de nouveau, si ce n'est dans son mode d'emploi. Dans une note envoyée à cet effet, le docteur Sorel (de Pont-de-l'Arche) montre bien qu'il y a des distinctions à faire pour son succès. Au lieu de 25 à 30 centigrammes de poudre par jour, chez les enfants de quatre à six ans, comme l'enseigne Debreyne, ce qui détermine un commencement d'intoxication, il réduit cette dose de 4 à 6 centigrammes en trois fois par jour, sauf à l'augmenter graduellement suivant la susceptibilité des petits malades. Chez deux enfants de quatorze à dix-huit mois, dont il rapporte les observations comme exemples, les quintes, de 25 à 30 par jour, ont cessé dans l'espace de huit à dix jours. Plus les quintes sont fortes et répétées, et plus on en triomphe difficilement. Dans tous les cas, ce médicament n'a d'effet qu'à la condition d'en saisir l'indication. Il convient surtout quand l'élément catarrhal, décelé par les râles muqueux, fait défaut ou n'est pas abondant et qu'il n'y a pas de fièvre. Si la belladone diminue encore les quintes dans ces cas, c'est surtout la fièvre qu'il faut combattre. Preuve que ce n'est pas là un spécifique, comme le dit sagement M. Sorel, qui, dans ces remarques montre un véritable esprit pratique et observateur.

C'est sous forme de teinture, et à des doses inimaginables, que le docteur Kelly y a eu recours avec succès. A un enfant de cinq ans, il administre 13 drachmes, soit 46 grammes en quatre jours ; à un autre de trente-deux mois 53 grammes, et 92 à un troisième de six ans et demi (*Lancet*, mars). On peut prévoir que cette alcoolature ne contenait que bien peu de principe actif pour n'avoir pas empoisonné les petits malades au lieu de les guérir. Exemple de l'excentricité de la thérapeutique anglaise.

Quinine. Fondés sur la nature fungoïde et parasitaire de la coqueluche par la découverte du docteur Letzerich d'animalcules existant dans les crachats des enfants qui en sont atteints, les Allemands ont préconisé la quinine, il y a quelques années,

comme s'opposant à la végétation de ces parasites de l'épithélium des voies respiratoires dont la présence causerait les attaques convulsives de toux. La quinine en serait ainsi l'antidote. Ayant constaté expérimentalement qu'elle était toxique pour ces animalcules, le professeur Binz (de Bonn) administra cet alcaloïde en solution, et le succès répondit à cette thérapeutique allemande. Elle est même adoptée par M. le docteur Dawson (de New-York), qui l'appliqua sur 16 enfants à son dispensaire, et la guérison eut lieu du premier au douzième jour chez 14. Comme preuve de son action parasiticide, c'est que la toux catarrhale persista quelque temps après que la forme convulsive avait disparu. Les deux autres cas se sont montrés rebelles. Voici les règles prescrites pour son administration :

1° Employer exclusivement la solution, dans l'eau acidulée, de sulfate ou de l'hydrochlorate pur à la dose de 25 à 40 centigrammes par 30 grammes de véhicule pour les enfants au-dessous de trois ans, et de 50 à 60 pour les malades au-dessus de cet âge.

2° En donner une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures, au plus, pendant le jour, et toutes les fois que le malade se réveille pendant la nuit, en ne donnant rien ensuite pendant quelques minutes pour détruire l'amertume ou laver la bouche.

3° Continuer, même après le vomissement des premières doses. (*Amer. Journ. of obstetrics*, février.)

Une condition absolue de ces bons résultats serait donc d'administrer le sulfate ou l'hydrochlorate de quinine en solution dans l'eau seule à la dose de 25 à 40 centigrammes pour les enfants au-dessous de trois ans et de 50 à 60 au-dessus de cet âge. Cette solution aqueuse doit se prendre par cuillerées à café toutes les deux heures, sans rien après pour en dissiper l'amertume. L'expuition du mucus est ainsi provoquée, de là la diminution des accès et la guérison.

Ce n'est assurément pas là un moyen facile à employer chez les enfants ; mais telle est la gravité et la persistance de la maladie dans certains cas, qu'il peut être utile de faire connaître cette médication pour y recourir au besoin.

N'est-il pas curieux de voir par ces trois exemples le point de vue tout différent auquel se placent aujourd'hui les médecins des trois nationalités qui font surtout école ? Si des guérisons en résultent pour l'un et l'autre, il nous semble évident que les

distinctions cliniques établies par M. Sorel prévalent contre l'empirisme anglais et la théorie allemande. En admettant même sa réalité, il y aura toujours à faire la part des complications de la coqueluche qui en forment souvent l'élément le plus difficile à combattre.

De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche, par le docteur du Castel, interne des hôpitaux de Paris, brochure in-8° de 47 pages, Paris. Ce genre de mort est si rare que l'auteur n'en a recueilli qu'un seul exemple authentique, encore vient-il de l'étranger. Au contraire, sur 11 cas de mort de coqueluche dont l'auteur rapporte les observations, trois ont été déterminées par la suffocation et les autres par les lésions qu'elle entraîne. De là l'indication exclusive de la médication antispasmodique : belladone, musc, assa fœtida, chloral, etc.

CORDON OMBILICAL. Comment distinguer la rupture accidentelle, tenant soit à son raccourcissement, soit au poids du fœtus tombant dans les fosses d'aisances, par exemple, d'une rupture opérée manuellement dans une intention criminelle? Une dame ayant accouché accidentellement sur sa chaise percée, pendant qu'on allait le chercher, M. Rizzoli, trouva le cordon rompu à 25 centimètres de l'ombilic, l'extrémité placentaire mesurant 20 centimètres ; mince et grêle dans cette longueur, ses extrémités libres étaient légèrement coniques, déchiquetées et inégales, un tiraillement manifeste se vérifiait sur les vaisseaux dont les anses étaient en partie effacées.

Telles sont les différences avec une rupture criminelle dont les lésions sont ordinairement limitées à l'endroit où les mains ont porté. On n'observe pas les déchirures des membranes dans la totalité de celui-ci, de même qu'elles s'opèrent à l'extrémité placentaire par les tractions un peu violentes sur le cordon.

Sulle cagioni. *Des raisons anatomo-physiologiques qui font cesser spontanément la circulation dans le cordon ombilical et qui rendent souvent la ligature superflue*, par le professeur Rizzoli. In-folio de 25 pages avec 2 planches. Bologne, 1872.

Relation d'une trentaine d'observations faites pour décider si la ligature du cordon est indispensable. Partant de ce fait qu'elle n'a pu avoir lieu chez la première accouchée, pas plus qu'elle n'a lieu dans l'état de nature, ni dans plusieurs cas criminels ou

accidentels, l'auteur a examiné et constaté, dans une douzaine de cas, qu'en sectionnant le cordon à quelques centimètres de l'ombilic, cinq à six minutes après que les pulsations avaient cessé, il n'y eut aucun écoulement de sang de l'extrémité fœtale. Dans 3 cas seulement, la veine ombilicale saigna. Dans 5 cas, l'enfant respirait parfaitement, la circulation avait cessé, et cependant l'écoulement du sang rendit la ligature nécessaire. D'où il conclut qu'il n'y a aucun risque d'écoulement de sang quand on sectionne le cordon quelques minutes après que toute pulsation a cessé dans sa longueur. Il expose les conditions anatomiques qui en rendent compte, et recommande néanmoins l'emploi de la ligature comme une précaution additionnelle ou un supplément du procédé de la nature. C'est sage et il n'y a qu'à approuver. Le savant complète ainsi le médecin sans l'exclure.

CORNÉE. *Huile de ricin atropinée.* Employée contre l'ulcère irritant et la destruction de l'épithélium. L'application d'un corps gras étant nécessaire pour remplir l'inégalité de la surface cornéenne et diminuer l'irritation causée par le mouvement des paupières, le docteur Owen, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de Birmingham, donne la préférence à l'huile de ricin sur la glycérine et la gélatine. N'étant pas dissoute par les larmes, elle agit plus longtemps et n'est pas si douloureuse que la glycérine. Il y incorpore préalablement de 5 à 20 centigrammes de sulfate d'atropine par 30 grammes d'huile. (*British med. Journ.*, mai.)

Del tatuaggio della cornea (Du tatouage de la cornée), par Rava, 32 pages in-8°. Sassari, 1872. Se référant à la publication de M. Wecker sur ce sujet (voy. *année* 1871), l'auteur réclame la priorité de ce moyen, montre qu'il n'est pas toujours aussi innocent que le dit l'oculiste allemand et qu'il est contre-indiqué dans certains cas. Des accidents formidables en sont parfois la conséquence. Sur 17 tatouages, ces suites eurent lieu deux fois comme il le relate. C'est là un travail essentiellement pratique qui peut servir d'utile correctif au ton optimiste de M. Wecker sur ce moyen nouveau.

Cornée conique. *Kératocomie.* M. le docteur Abadie trépane le sommet du cône et, introduisant par cette ouverture des

ciseaux fins, boutonnés, il divise l'iris à sa périphérie. La plaie cornéenne se remplit d'un tissu cicatriciel et un aplatissement notable de la cornée en résulte. L'opacité de la cicatrice est au centre de la pupille, mais l'iridectomie élargissant le champ visuel, une amélioration notable de la vision résulte de cette nouvelle opération contre le kératocône. (*Soc. de chir.*, août.)

COXALGIE. La cause unique de l'allongement ou du raccourcissement apparent est, suivant M. Verneuil, le mouvement de bascule du bassin qui s'opère sous l'influence de la contracture du muscle carré des lombes et du muscle rachidien. C'est ainsi que, suivant que cette contracture siége du même côté que la coxalgie ou du côté opposé, on a un allongement ou un raccourcissement. C'est la même explication que celle des précédents auteurs, mais mieux précisée.

Pour remédier efficacement à cette déformation, le chirurgien, plaçant le malade sur le dos ou le ventre, appuie le genou sur le côté opposé à la contracture et, par des manipulations graduées, en saisissant le sujet par les épaules et par le bassin, il fait peu à peu disparaître cette espèce d'ensellure latérale et, par cela même, la contracture. Un bandage, appliqué après ces manœuvres, a alors une efficacité réelle et rétablit l'attitude normale sans crainte de récidive. (*Assoc. franç.*, 2e session.)

CRANE. *Dépression chez les nouveau-nés.* Elle s'observe parfois à la suite de certains accouchements laborieux avec le forceps, le levier ou même par suite de position anormale de la tête ou de viciation du bassin. Elle se réduit ordinairement d'elle-même et il n'y a du moins à n'y appliquer que des moyens innocents. Mais telle n'est pas la manière de voir des accoucheurs anglo-américains qui, dans leur empressement d'agir, emploient des moyens actifs et parfois même dangereux, comme en voici un nouvel exemple.

Appelé auprès d'un enfant âgé de quelques jours, dont la tête s'était présentée anormalement au moment de l'accouchement, M. H. W. Larkin constata que la bosse frontale du côté droit offrait une dépression d'environ un pouce et demi de diamètre. L'excavation irrégulière ressemblait à celle d'une forte pression exercée en un point sur une assiette de métal mince et convexe. La rainure limitant cette dépression était croisée par deux sillons; les bords en étaient abruptes; il était évident que

l'élasticité des os avait été dépassée et qu'il en résulterait probablement une déformation permanente.

Une ventouse fut appliquée sur le point déprimé et, pour assurer une adaptation exacte des bords, on se servit du mastic de vitrier. Le vide fut fait avec une petite pompe à air. En quelques secondes, les os reprirent leur conformation ; on laissa néanmoins la ventouse en place pendant quelques minutes et on la réappliqua le lendemain. Il n'y eut pas de troubles fonctionnels, et les deux régions temporales sont restées symétriques.

L'opération hasardeuse du trépan, donnant une mortalité de 75 pour 100 en Angleterre, d'après Erichsen, et une proportion plus forte encore sur le continent, l'auteur pense que ce procédé est préférable et serait même applicable aux fractures du crâne chez les enfants et les adultes. La conclusion est certainement prématurée pour ces derniers. De toute façon, ce moyen offrirait des dangers, s'il existait une plaie des téguments en même temps qu'une fracture du crâne. (*Lancet*, octobre.)

M. Mickle rappelle que ce moyen a été employé un certain nombre de fois. Gross le mentionne dans son *Syst. of Surgery* et rapporte un fait de Moultrie (de Charleston), relatif à un enfant de cinq mois. Un cas semblable est relaté par Nichols dans le *Dublin Medical Press* (septembre 1855), concernant un enfant de trois ans et le succès fut complet. C'est donc dans ces conditions seulement que ce moyen est applicable.

CRANIOTOMIE. *Crânioclaste ou céphalotribe?* Pour résoudre cette question, le docteur Rokitanski jenne donne la statistique suivante : sur 52 394 accouchements, dans la clinique du professeur Braün, durant dix ans et trois mois, 103 furent terminés par la crâniotomie. Dans 8 cas, les douleurs suffirent après la trépanation à expulser le fœtus. L'emploi du céphalotribe dans 43 cas donna les résultats suivants : il dérapa dans 8 ; dans 2, l'enfant ne put être extrait avec l'instrument et la version dut être faite. Dans 6 cas, la tête dut être saisie en différents sens ; dans 8, des ruptures du col survinrent et, dans 3, une fistule vésico-vaginale suivit la délivrance. 21 des accouchées succombèrent, dont 16 d'affections puerpérales.

Dans 52 applications du cranioclaste, l'instrument ne dérapa dans aucun cas et il ne fut pas nécessaire de le réappliquer. 19 accouchées succombèrent dont 15 d'affections puerpérales. L'avantage de ce dernier ressort ainsi sur le céphalotribe ordi-

naire. Aussi son application est-elle vantée comme s'adaptant à tous les diamètres du bassin, en raison de son petit volume et de la solidité de ses branches, la facilité de son articulation et son innocuité sur les parties maternelles. Il ne dérape jamais, dit l'auteur, et est également applicable, que la tête précède ou suive le tronc. (*Wiener med. Press.*)

C'est ainsi que les Allemands font l'éloge de leur œuvre, mais sans dire un mot des perfectionnements à l'étranger. M. le docteur Bailly a, en effet, modifié récemment cet instrument pour saisir la tête du fœtus à terme dans une plus grande étendue et avec plus de sûreté que le céphalotribe ordinaire dont les mors, étroits et presque droits suivant les faces, saisissent mal et glissent trop souvent sur les côtés du crâne.

Le nouveau céphalotribe tient à la fois de celui-ci et du forceps. Il a la force du premier, les cuillers courbes suivant les faces et fenêtrées du second; son appareil de compression est la vis à écrou mobile du céphalotribe de Blot. La longueur des mors, mesurée de l'articulation à l'extrémité de l'instrument, est de 25 centimètres, et leur plus grande largeur de 48 millimètres. Quand l'instrument est fermé, son épaisseur la plus grande, prise d'une face externe à l'autre des cuillers, ne dépasse pas 57 centimètres, et l'espace elliptique que circonscrivent celles-ci entre leurs faces internes offre un diamètre transversal de 47 millimètres. En conséquence, le céphalotribe pourra convenir dans les rétrécissements qui oscillent entre 65 et 95 millimètres et qui forme la classe, de beaucoup la plus nombreuse, des rétrécissements pelviens. Bien qu'au-dessous de 65 millimètres, on ne puisse guère espérer terminer l'opération avec ce nouveau céphalotribe, il pourra cependant être encore utilement employé dans les bassins de cette catégorie, pour faire subir à la tête fœtale un premier broiement qui facilitera singulièrement ensuite l'application du céphalotribe ordinaire. Ce dernier, si l'avenir justifie nos prévisions, devra être dorénavant réservé pour les rétrécissements excessifs du bassin.

Une seule application, exécutée avec succès chez une naine, non rachitique, dont le bassin conservait encore 8 à 9 centimètres de diamètre sacro-pubien, avec une réduction proportionnelle des autres, est rapportée à l'appui. Mais il est probable qu'elle s'est multipliée depuis entre les mains de l'inventeur. (*Acad. de méd.*, février.)

D

DÉLIRE. *Chloral chez les blessés.* — Voy. CHLORAL.

DÉMOGRAPHIE. *Mouvement de la population française.* Les résultats des études statistiques de M. le docteur Bertillon, pendant la période décennale de 1857 à 1866, ayant été figurés sur des cartes et représentés d'après des teintes diverses qui frappent les yeux, on peut y voir qu'une mortalité très-inégale se manifeste dans chaque contrée suivant les diverses conditions de la vie. En voici quelques exemples :

Age. Dans la zone des 14 départements entourant Paris et Lyon, la mortalité des nouveau-nés, pendant la première année, est environ de 300 sur 1000, tandis qu'elle est seulement de 144 dans les 10 départements les plus favorisés, comme ceux du centre de la France, de la Touraine et de la Manche. C'est dans le bassin du Rhône et dans les départements de la Méditerranée, des Alpes et des Pyrénées, de la Provence et du Languedoc, que règne la plus grande mortalité d'un an à cinq ans. Elle y est de 55 à 77 pour 1000, alors qu'elle descend à 22, soit le tiers, dans les bons départements de la Touraine, la Manche, la Champagne. La Bretagne, le Limousin, la Corse voient leurs adultes constamment décimés par une mortalité double de celle du bassin de la Seine et de la Garonne.

Il y a des départements qui, à tous les âges, sont le siége d'une mortalité considérable, tels que les Hautes-Alpes, la Corrèze, le Finistère, etc. ; d'autres qui sont toujours épargnés : les Ardennes, l'Aube, la Haute-Marne, l'Yonne, etc. Il en est qui, après avoir favorisé l'enfance et l'adolescence d'une bonne vitalité, sont décimés aux âges de travail et de reproduction, comme le Finistère, la Haute-Loire, etc. ; l'âge mûr ou la vieillesse sont seuls épargnés dans l'Hérault et les Bouches-du-Rhône.

Causes. Des inégalités aussi flagrantes montrent que la mortalité n'est pas seulement le tribut funèbre payé aux nécessaires fatalités organiques, mais que beaucoup de causes accidentelles, accessoires, susceptibles d'être modifiées, aggravent beaucoup ce lourd tribut. La mortalité exceptionnelle des nouveau-nés dans les départements limitrophes de la Seine s'explique ainsi par

l'industrie des nourrices, en grande partie, tandis que les causes en sont plus complexes à apprécier dans ceux du bassin du Rhône. En tout cas, il suffirait de la ramener, par des mesures énergiques, à la mortalité moyenne, pour conserver annuellement 14 à 15 000 enfants. La chaleur, la sécheresse et les vents qui règnent dans les départements méditerranéens pourraient bien être la cause de la mortalité excessive de l'enfance. Quant à la cause de l'augmentation subite à l'âge adulte, de presque le double dans certains départements, et spéciale à la France, elle échappe aux investigations malgré son importance. Si des documents plus analytiques fournis par l'administration, sur les décès par âge, profession et degré d'aisance, par mois, et si la statistique des causes de décès permettaient de scruter la raison de si flagrantes inégalités, il est vraisemblable que quelques-unes de ces causes pourraient être atténuées ; la moindre réduction de ces excédants de mortalité s'étendant sur un grand nombre aurait les plus grands résultats. Si, par exemple, des mesures prophylactiques et hygiéniques ramenaient la mortalité des vingt départements, qui, à chaque âge, payent les plus gros tributs mortuaires, à la mortalité des départements moyens, 50 000 jeunes existences, moissonnées comme indûment dans la première partie de la vie, pourraient être conservées chaque année en France.

État civil. La mortalité des nouveau-nés, même légitimes, est plus grande à la campagne qu'à la ville dans le premier mois de leur existence ; ce n'est qu'après leur cinquième ou sixième mois que les jeunes enfants retirent un bénéfice de l'habitat rural ; quant aux enfants nés hors mariage, leur mortalité est toujours double ou triple et toujours plus aggravée à la campagne qu'à la ville. On trouve ainsi 360 décès de zéro à un an par 1000 enfants illégitimes dans les villes et 634 dans les campagnes.

Cette mortalité énorme des enfants illégitimes, au lieu de s'atténuer de semaine en semaine d'âge, comme cela a lieu pour les légitimes, s'aggrave de la première à la seconde semaine, et cela à la ville comme à la campagne. C'est là un paradoxe biologique qui décèle quelques causes extra-physiologiques.

Saisons. Tandis que c'est surtout la fin de l'été (août, septembre) qui est préjudiciable aux enfants de zéro à un an et de un à cinq ans, sans doute par la diarrhée cholériforme, c'est à

la fin de l'hiver, en janvier, février et mars, que se manifeste la plus grande mortalité des vieillards. L'extrême nocuité des mois d'août et de septembre pour l'enfance paraît être la cause principale de la distribution sur les côtes méditerranéennes des départements à forte mortalité enfantine.

Sexe. Dans certains départements, la mortalité du sexe masculin dépasse de 5 à 10 pour 100 celle des femmes ; dans d'autres, au contraire, les femmes meurent plus que les hommes et dans une proportion de 10 à 20 pour 100.

Professions. Leur influence, en Angleterre, — cette enquête n'ayant pas été faite en France, — montre que, de trente-cinq à quarante-cinq ans, apogée de la vie professionnelle, la mortalité des magistrats et des prêtres anglais est de 6 pour 1000 ; celle des fermiers, de 7 à 8 ; celle des petits commerçants, de 9 ; celle des ouvriers en bois, de 10 ; celle des maçons, ouvriers en métaux, cordonniers, de près de 11 ; et celle de l'aristocratie, de près de 12 ; celle des domestiques attachés aux personnes, des boulangers, filateurs, mineurs, de 12,6 ; celle des médecins, de 13,6 ; enfin, celle des marchands de spiritueux et aubergistes, de 19. Mais si la mortalité des lords anglais est si roturière de trente-cinq à quarante-cinq ans, elle est tout autre et fort privilégiée dans leur enfance et dans leur vieillesse. Ainsi, de zéro à cinq ans, elle est de 20 décès annuels par 1000 enfants, au lieu de 70 pour 1000, qui est la mortalité ordinaire. Celle des ouvriers étant environ de 70 pour 1000 à soixante-quinze ans, celle des lords n'est que de 26. Ainsi les hautes fortunes deviennent un élément d'hygiène quand les lisières de l'enfance ou les entraves de l'âge ne leur permettent pas d'en mésuser !

Ces résultats montrent qu'un grand intérêt théorique et pratique s'attache à l'étude des collectivités humaines, qu'il y a une anatomie, une physiologie du corps social : la natalité, la matrimonialité et la mortalité sont les mouvements intestins, de même ordre qu'assimilation et désassimilation, que leurs lois de production ne peuvent être découvertes que par une étude spéciale des collectivités ; qu'il y a là une science nouvelle d'une très-haute portée que la France a d'autant plus d'intérêt à développer que, plus que jamais, il faut qu'elle se surveille, se connaisse elle-même, qu'elle conserve tous ceux de ses enfants qu'elle peut préserver.

Les médecins, par leur connaissance de l'homme individuel, sont plus aptes à fonder, à cultiver cette science des collectivités

humaines ou *démographie*, et à agrandir ainsi les horizons de leur profession, au bénéfice de leur corporation, au grand avantage de la science et surtout de l'hygiène publique, mais surtout au grand profit de la patrie.

DÉONTOLOGIE. *Oculistes ambulants.* Sur la plainte adressée à l'Académie de médecine de Belgique par les médecins d'un département français, limitrophe de la Belgique, où se rendait périodiquement un oculiste belge, membre titulaire de ce corps savant, l'Académie a proclamé officiellement, dans sa séance du 28 janvier, « contraire à la dignité professionnelle » l'exercice de la médecine ambulante ; regardant comme mé- » decins ambulants ceux qui se rendent périodiquement dans » des lieux éloignés de leur domicile, dans leur pays ou en » pays étranger, sans y avoir été appelés pour des cas parti- » culiers, ou par l'autorité ; surtout s'ils s'y font annoncer, dis- » putant ainsi la clientèle à leurs confrères établis en ces lieux. »

DERMATOLOGIE. *Trophonévrose.* Une nouvelle étiologie a été imposée dans ces derniers temps à diverses affections de la peau par M. le professeur Charcot et ses élèves. Tout un ordre d'altérations de nutrition de la peau serait ainsi sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux ou des cordons nerveux périphériques.

Des éruptions variables, surtout vésiculeuses ou bulbeuses, comme le zona ophthalmique, des éruptions pemphygoïdes, des rougeurs érythémateuses, des tuméfactions simulant le phlegmon, la peau lisse des Anglais, ne seraient ainsi que des manifestations secondaires de lésions nerveuses, suivant M. Mougeot. M. Coliez y joint explicitement le sclérème des adultes (voy. *ce mot*). La lèpre anesthésique offre surtout le type de ces lésions trophiques résultant du traumatisme des nerfs, suivant M. Charcot. Toutes les éruptions papuleuses ou lichénoïdes, pustuleuses, se montrant avec certaines exacerbations intenses et tenaces, des douleurs spéciales, fulgurantes, sont pathognomoniques de la sclérose des cordons postérieurs. Une lésion pathologique d'un nerf sensitif et moteur, à son origine ou sur son trajet, suffirait pour les provoquer. — Voy. Nerfs, Trophonèvroses.

Acide phénique. Employé à l'intérieur par le professeur

Doutrelepont contre le prurigo, le prurit et le psoriasis, notamment contre l'eczéma, il le trouve utile surtout contre la démangeaison intolérable qui l'accompagne. Par là même, il tend à la guérison. Contre un psoriasis général datant de quinze ans, l'usage prolongé de 40 *grains*, à prendre en plusieurs doses dans la journée, a amené une guérison complète, sans aucune complication, ni albuminurie. On commence par de faibles doses de 7 grains par jour en pilules. (*Practitionner*, avril.)

Il est difficile d'admettre que de si hautes doses aient pu être tolérées et absorbées impunément par l'estomac. La prudence conseille, au moins en cas d'essai, à ne pas dépasser 10, 15 à 20 centigrammes par jour en commençant, pour augmenter graduellement si aucun phénomène toxique ne se déclare.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par Ferdinand Hébra, professeur de dermatologie à l'Université de Vienne et médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hospice général ; traduit et annoté par M. le docteur Doyon. Paris, 1872.

Localisant essentiellement toutes les dermatoses dans le tégument externe, l'auteur les divise en 12 classes ou familles, comme il suit :

Affections hypérémiques de la peau.
Affections anémiques.
Anomalies des sécrétions des glandes cutanées.
Exsudations et affections sudatives.
Hémorrhagies.
Hypertrophies.
Atrophies.
Tumeurs bénignes.
Tumeurs malignes.
Ulcérations.
Névroses.
Parasites.

Le traitement est tout local, topique, et l'auteur raille les doctrines françaises qui rattachent encore certaines affections à une diathèse, une crase sanguine. Pas de tisane ni de dépuratifs ici, sinon pour les syphilides. La découverte des affections parasitaires a grisé les Allemands, et l'anatomisme aidant, ils ont systématisé et localisé ainsi toutes les maladies

de la peau. L'avenir montrera que la vérité n'est jamais aussi absolue.

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE. Une énorme tumeur de 40 centimètres de long sur 62 de circonférence, laquelle, du tiers supérieur de la cuisse droite, descendait jusqu'au tiers supérieur de la jambe, de forme ovoïde, dure et résistante, sauf en quelques points où elle était élastique et fluctuante, ayant été reconnue comme un mixo-sarcome osseux, le professeur Galozzi jugea que la désarticulation du membre était le seul moyen curatif. Il y recourut par la méthode circulaire en faisant comprimer l'aorte abdominale, au lieu de recourir à la ligature préalable. Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, exempte de marque diathésique et cachectique. Une incision de 4 à 5 centimètres fut pratiquée à la base de la plaie pour l'écoulement des liquides, et la cicatrisation se fit sans réaction notable ni complication. L'opérée guérit parfaitement. C'est donc un fait de plus à l'avoir de la méthode circulaire. (*Morgagni*, juillet 1872.)

DIABÈTE. Toutes les théories successivement émises sur sa nature, suivant M. Lecorché, échappent à l'explication du diabète et ne servent qu'à rendre la glycosurie, qui n'en est qu'un phénomène. Pour lui, c'est une azoturie, c'est-à-dire une désassimilation se traduisant par des pertes journalières énormes d'urée. Tel est le fait primitif ; la glycosurie n'est que secondaire et sans grande importance. Cette élimination du sucre dans l'urine résulte de ce que l'oxygène du sang le respecte fatalement pour suffire aux combustions de la désassimilation protéique; sa quantité est ainsi proportionnelle et corrélative à celle de l'urée éliminée. C'est donc à combattre celle-ci par les médicaments d'épargne, comme l'opium, l'arsenic, la valériane à haute dose, peut-être le bromure de potassium, que se réduit le traitement de l'azoturie, c'est-à-dire du diabète. (*Acad. de méd.*, juin.)

Nouvelle cause. Bock et Hoffmann ont observé qu'une injection d'une solution de sel marin à 1 pour 100, dans la carotide ou la fémorale du lapin, produisait le diabète sucré. Tout d'abord le premier phénomène est la polyurie, puis se montre le sucre, dont le chiffre monte jusqu'à un certain maximum pour retom-

ber petit à petit jusqu'à ce qu'il disparaisse de l'urine. La quantité de sucre ainsi excrété s'est élevée à $2^{gr},04$. Plus l'injection est rapide, plus la polyurie se déclare promptement. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Délire partiel. Chez 4 hommes de quarante à quarante-cinq ans, possédant une belle fortune, M. Legrand du Saulle les a vus pris de tristesse, puis d'hypochondrie après un amaigrissement progressif. La dépression morale et le découragement arrivèrent à ce degré, qu'ils avaient constamment des idées de ruine et se croyaient menacés d'une faillite prochaine et à la veille de mendier leur pain. Malgré toutes les meilleures preuves du contraire que pouvaient leur donner les livres de comptabilité, ils ne voulaient accepter aucun raisonnement, et en étaient arrivés à une avarice extraordinaire, se privant eux-mêmes et forçant leurs familles à se priver des choses les plus nécessaires. Leur affectivité était par là même touchée. Sur tout autre point, ils avaient conservé une complète lucidité.

Il soupçonna le diabète par l'amaigrissement et une soif exagérée. L'analyse des urines confirma ce diagnostic. Ces 4 malades se suicidèrent.

Sans qu'il soit possible, d'après ces faits incomplets, de dire si le diabète a été la cause ou la résultante du délire partiel, ils doivent éveiller l'attention sur ce signe. Marchal (de Calvi) avait déjà remarqué que de nombreux diabétiques soumis à ses soins étaient atteints d'idées de ruine, et M. Martin en a soigné un autre, poursuivi par des idées d'argent, et qui finit par s'empoisonner.

La dépression que subit toute l'économie sous l'influence du diabète peut aider au développement d'une maladie mentale, à laquelle des antécédents de famille prédisposaient déjà.

Extrait de valériane. Vanté depuis longtemps, ce médicament a été administré récemment par M. Bouchard à l'énorme dose de 8 grammes par jour, et a agi favorablement en diminuant l'excrétion de l'urée et la polyurie. Il agit comme antidéperditeur et médicament d'épargne, et c'est ainsi que certaines peuplades sauvages de l'Amérique l'employaient empiriquement pour se préparer à la guerre et à ses privations. Il est sans action sur la glycosurie. (*Soc. de biol.*, juin.) — Voy. Urée.

Glycérine à haute dose. D'après une théorie qui ne paraît pas avoir nécessité les longues et savantes expériences de M. Cl. Bernard, le professeur Schultzen (de Dorpat) prétend que l'absence dans l'organisme d'un agent qui détermine, à l'état normal, la décomposition du sucre, serait tout le secret de la production du diabète sucré. La glycérine le remplacerait, et il suffit de donner celle-ci et de supprimer les matières amylacées dans le régime des diabétiques pour les voir guérir immédiatement. On administre la glycérine à la dose de 20 à 30 grammes avec 5 grammes d'acide citrique ou tartrique dans un litre d'eau à boire dans la journée (*Berlin. Klin. Woch.*). Les preuves du succès sont à venir.

DIARRHÉE. *Salicine.* Recommandée par M. Mattison contre les diarrhées opiniâtres qui résistent aux moyens ordinaires. Il donne aux adultes deux des pilules suivantes toutes les quatre heures :

℞ Salicine. . . . . 4 grammes.
F. s. a. 24 pilules.

Il la donne en poudre aux enfants dans un véhicule approprié. Un demi-grain anglais est une dose suffisante au-dessous de deux ans. (*The Doctor*, juillet.)

Le tannate de quinine, pour les adultes surtout, remplacerait efficacement la salicine.

Oxyde de zinc. Comme tonique, antispasmodique et astringent, il remplit, suivant le docteur Brakinridge, les trois conditions principales qui déterminent la diarrhée des jeunes enfants : la faiblesse et une impressionnabilité trop grande du système nerveux, les convulsions ou d'autres troubles spasmodiques et l'hypérémie des surfaces sécrétantes. De nombreux faits témoignent de ses avantages à la dose de 5 centigrammes toutes les trois heures après le repas, administré dans un peu de lait ou de mucilage.

DIPHTHÉRIE. *Thrombose cardiaque.* Depuis longtemps, on a signalé certains accidents inexpliqués survenant dans le cours d'un croup à marche jusque-là régulière et favorable. Après quelques jours de fièvre, l'enfant est pris de dyspnée,

devient très-pâle et s'éteint brusquement, sans que rien du côté des poumons explique cette mort subite.

Collectant ces faits, observés en Angleterre, en Allemagne et en France, le docteur Robinson Beverley a fait de ce sujet intéressant l'objet de sa thèse inaugurale. Elle est basée sur l'analyse de 17 observations recueillies à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le premier trimestre de 1872. Constamment, il a constaté des coagulations sanguines intra-cardiaques, présentant tous les caractères des dépôts fibrineux antérieurs à la mort. La fibre cardiaque est toujours intéressée simultanément et subit une dégénérescence granulo-graisseuse presque constante.

Ces caillots seraient donc la cause de la mort. Les symptômes en sont : la pâleur, la cyanose des extrémités, une dyspnée spéciale, *sans tirage*, avec faiblesse du pouls, battements sourds et voilés du cœur. La différence est donc bien manifeste avec l'asphyxie mécanique résultant de la présence d'une fausse membrane dans la trachée ou les bronches.

C'est là un point nouveau à ajouter à la gravité du pronostic du croup.

De la thrombose cardiaque dans la diphthérie, thèse inaugurale par le docteur Robinson Beverley. Paris, 1872.

Des complications cardiaques du croup et de la diphthérite, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthérique; thèse inaugurale par le docteur F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux. Paris, 1873. Travail couronné par avance au concours de l'internat comme traitant d'une question neuve, d'une lésion inconnue : l'*endocardite végétante aiguë* avec dépôts fibrineux qui, en donnant lieu à de fréquentes embolies pulmonaires et autres, sont 22 fois sur 40 la cause de la mort. C'est à démontrer ce fait par 100 observations, dont 66 personnelles ont été recueillies dans les hôpitaux d'onfants, que ce travail est consacré. L'infection diphthéritique donnée constamment comme explication de la mort dans les cas où il n'y a pas de cause mécanique, perd ainsi une grande partie de ses droits. Si, par l'altération du sang qui en résulte, comme dans la variole, par exemple, elle peut causer toutes ces lésions secondaires, il est logique de s'attacher à celles-ci plutôt qu'à elle, dont la nature est inconnue, et qui n'est connue que par ses effets.

Cette endocardite consécutive siége de préférence sur les

valvules et en particulier la valvule mitrale. Elle affecte une forme hyperplastique ou végétante aiguë sans prendre la forme ulcéreuse des maladies infectieuses ou septiques. Une élévation de la température au cinquième ou au sixième jour, alors que des complications pulmonaires ou rénales ne l'expliquent pas, est le meilleur indice de son évolution. Une thrombose cardiaque et la mort par syncope en sont la conséquence. Celle-ci diffère ainsi de la mort par apnée résultant de l'obstruction des voies respiratoires et dans laquelle seule l'intervention chirurgicale peut être utile. C'est donc là un travail original et d'une grande valeur.

Dégénérescence graisseuse. Dans la convalescence d'une angine, chez une fille de quinze ans, n'ayant qu'une légère paralysie de la gorge et des extrémités inférieures, comme cela se rencontre si souvent, le professeur Greifswald observa soudainement, un matin, des symptômes de collapsus avec refroidissement des extrémités, sueurs, pouls insensible, bruits du cœur à peine perceptibles, température décroissante à 36, 34 malgré l'emploi des stimulants, puis mort. L'autopsie montra une dégénération graisseuse très-prononcée du cœur. Le ventricule gauche était dilaté vers la pointe en forme d'anévrysme partiel. (*Archiv. der Heilkunde*, janvier.)

Suivant le docteur R. Lépine, cette dégénérescence graisseuse, qu'il a observée et signalée explicitement dans le nouveau *Dictionnaire de médecine*, serait la cause de la mort subite plutôt que la trombose cardiaque. C'est ainsi que dans l'observation précédente, aucune coagulation dans le cœur n'est signalée comme c'est la règle dans la diphthérite maligne où le sang poisseux et comme du raisiné n'a pas de tendance à se coaguler. L'importance de ces caillots fibrino-globulaires qu'il a rencontrés constamment dans le cœur droit sur 40 autopsies de croup, faites par lui, à l'hôpital Sainte-Eugénie, lui semble très-exagérée ; ce n'est pas eux qui causent la mort. Ils se produisent après la mort ou tout au plus pendant l'agonie. C'est donc bien à tort que Richardson et M. Beverley après lui leur ont attribué l'extrême dyspnée observée. Car si cette étiologie était vraie, la trachéotomie serait inutile et même contre-indiquée, puisque l'obstacle ne viendrait pas de la trachée. Si c'est au contraire la dégénérescence graisseuse qui est en cause, l'indication est d'insister sur les toniques et les stimulants de l'organe central de la circulation. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 9.)

Température. Dans le cours d'une épidémie, le docteur Faralli a observé les variations de température suivantes :

1° Au début, frissons, vomissements, convulsions, délire et en quelques heures, le thermomètre monte à 40 degrés. La température décroît graduellement jusqu'au troisième ou quatrième jour, et la maladie devient apyrétique (forme bénigne).

2° D'autres fois (gravité moyenne), le thermomètre monte encore le quatrième jour, mais n'atteint jamais le degré initial ; ceci est dû à de nouvelles plaques diphthéritiques qui se forment sur le côté qui était resté sain ou à des engorgements glandulaires.

3° Cette infection secondaire devient évidente dans la forme typhoïde (grave). Dans ce cas, la colonne de mercure continue son ascension jusqu'à la mort du malade.

Ces formes peuvent être altérées par des complications. C'est ainsi que la sténose laryngée produit la mort avec une température normale. (*Imparziale.*)

Asphyxie. Tandis que l'asphyxie bleue indique que les fausses membranes ne dépassent pas la trachée et prescrit ainsi la trachéotomie, c'est le contraire, suivant M. Moutard-Martin, de l'asphyxie pâle. Celle-ci est un signe de la diphthérie des petites bronches et il n'a jamais vu la trachéotomie réussir dans ce cas, bien que, à la pâleur des téguments, se joigne la cyanose des lèvres. C'est donc là une distinction des plus importantes. (*Soc. de thérap.* 1872.)

Poivre cubèbe. Un remède agit parfois, sans que l'on puisse s'en rendre compte. Tel est le poivre cubèbe contre l'angine couenneuse, dont une récente épidémie à Nuillé, dans la Mayenne, a montré l'efficacité. « Atteints sourdement, sans souffrance marquée, dit M. le docteur Courcelle dans son rapport au préfet, les malades éprouvaient simplement au début une gêne très-légère de la déglutition. Puis, le mal s'aggravant tout à coup d'une façon foudroyante, une véritable gangrène envahissait les amygdales et le fond de la gorge ; après quelques jours, un profond accablement s'emparait d'eux et ils mouraient empoisonnés par la diphthérie. » Sur 36 cas, il y a eu 17 morts, dont 10 en quatorze jours, sur des enfants de trois à douze ans, un seul adulte ayant succombé. Les garçons ont été surtout atteints, la contagion s'étant établie dans leur école, basse, humide,

étroite, mal éclairée et contenant 90 élèves. Malgré sa fermeture immédiate, sur 16 élèves atteints, 9 ont succombé.

Le fait remarquable de cette épidémie locale, utile à signaler partout, c'est qu'au 28 mars, sur 25 cas d'angine diphthéritique traités exclusivement par les badigeonnages de la gorge, avec le perchlorure de fer, il y avait déjà 13 décès ; les autres restaient en traitement. M. Courcelle le change immédiatement et y substitue l'usage interne du poivre cubèbe, en poudre fraîchement préparée, à la dose de 10 à 12 grammes par jour en potion chez les enfants, avec vin de quinquina et une aussi forte nourriture que possible : bouillon, viande et vin. Immédiatement, l'épidémie se ralentit et la mort cesse de frapper ses victimes parmi ceux qui se soumettent à ce traitement. Des 12 encore en traitement et des 11 qui furent atteints ensuite, tous guérirent, à l'exception d'un garçon, traité avec des gargarismes d'alun par un empirique, de deux jeunes sœurs qui ne purent prendre le poivre cubèbe, ainsi qu'une autre jeune fille de huit ans.

Ces résultats doivent inciter à recourir à cette médication, inaugurée dans la Mayenne, en 1865, par M. Trideau, à l'occasion d'une épidémie semblable. Le baume de copahu en formait alors la base et le cubèbe n'en était que l'adjuvant. Des succès remarquables en ont aussi été obtenus par M. Bergeron, à l'hôpital Sainte-Eugénie, avec le saccharure de cubèbe exclusivement. Le fait est que, en potion et à aussi haute dose que le prescrit M. Courcelle, soit de 12 à 30 grammes, selon l'âge, dans 100 grammes d'eau et de sirop d'orgeat, à prendre dans les vingt-quatre heures, le poivre cubèbe doit être difficilement accepté et même supporté par les enfants. (*Journ. méd. de la Mayenne*, n° 3.)

Quelques réserves sont d'ailleurs à faire sur ces résultats. Le traitement n'a été appliqué qu'au déclin de l'épidémie, et l'on sait que les cas diminuent en général de gravité à cette période ultime. Et puis, l'excellente mesure de l'examen préventif de la gorge, employée sur toute la population, dut aussi contribuer à son extinction. C'est en en tenant compte que l'on sera moins exposé à des déceptions.

Gargarisme incessant. C'est dans ce moyen que M. le docteur Johannet trouve le salut de ses malades. Un liquide quelconque : eau pure ou rougie, lait froid, peu importe ; l'essentiel,

c'est que le lavage soit réitéré, incessant nuit et jour, pendant trente à quarante heures, jusqu'à la disparition des fausses membranes. On peut faire manger n'importe quels fruits au malade et une nourriture plus substantielle s'il peut la prendre. (*Acad. de méd.*, mai, et *Gaz. hebd.*, n° 27.

Cette médication se rapproche de celle du docteur Grandboulogne consistant dans l'usage incessant de la glace. Malheureusement, on ne rapporte pas de faits plus concluants à l'appui de l'une que de l'autre.

DITAÏNE. *Nouveau succédané de la quinine*. Parmi les médicaments exposés à l'Exposition internationale de Vienne était une plante de la famille des Apocynées (l'*Echisess scholaris*) qui croît abondamment à Luzon, dans la province de Batangar, aux îles Philippines. Son écorce a été longtemps employée par les indigènes, sous le nom de *Dita*, comme un remède souverain pour toutes sortes de fièvres. M. Gruppe, pharmacien à Manille, en a extrait par l'analyse une matière amère, très-hygroscopique, incristallisable, qu'il a appelée *Ditaïne*, et que M. le docteur Zina a administrée avec succès à un grand nombre de malades de l'hôpital, en remplacement de la quinine, aux mêmes doses et de la même manière. En général, ce nouvel alcaloïde s'est montré aussi efficace que la quinine, sans les effets désagréables qui suivent souvent l'usage de celle-ci. Dans beaucoup de cas, son activité comme tonique a été bien marquée.

La *Ditaïne* est extraite comme la quinine : 100 grammes d'écorce en donnent 2 grammes 85 centigrammes avec le sulfate de chaux et 10 grammes d'une matière extractive complétement inerte. Un seul arbre fournit une grande quantité d'écorce sans nuire à sa croissance. On calcule que le prix de la *Ditaïne* reviendrait à 160 francs le kilogramme en Europe, soit 4 fr. 80 c. les 30 grammes. Ce serait donc un grand rabais sur la quinine, et même sur la cinchonine, que l'on a préconisée pour la remplacer ou y suppléer au besoin.

DIURÉTIQUES. *Thé et café vert*. On a souvent dit que les diurétiques n'agissent que par l'eau qui leur sert de véhicule. Pour dégager la vérité des assertions contradictoires formulées à ce sujet, M. le docteur Rabuteau prend le matin à jeun une certaine quantité d'eau, 200 grammes par exemple, après avoir eu soin d'uriner. Puis, trois heures après, il recueille ses urines.

Le lendemain ou le surlendemain, il boit de même, le matin et à jeun, 200 grammes d'eau contenant la substance dont il étudie les propriétés diurétiques, et il recueille les urines éliminées pendant les trois heures suivantes. Il est clair que s'il obtient dans ce dernier cas une plus grande quantité d'urine, la substance ingérée a agi comme diurétique.

En procédant de cette manière, dans l'étude du thé et du café vert, M. Rabuteau est arrivé aux résultats suivants :

200 grammes d'une infusion préparée avec 5 grammes de thé ont augmenté les urines de 16 grammes en moyenne. 200 grammes d'une infusion faite avec 5 grammes de café vert ont produit une augmentation un peu plus sensible. Si, *à cette faible dose de 5 grammes*, l'action diurétique des deux substances est peu considérable, elle n'en est pas moins réelle. Il convient toutefois de ne pas attribuer à cette action diurétique le besoin d'uriner que l'on éprouve après l'ingestion d'une tasse de café ou de thé. Ce besoin résulte moins de la réplétion de la vessie que de l'excitation exercée sur les fibres du réservoir urinaire par la caféine, alcaloïde commun au café et au thé. (*Soc. de biol.*)

Ils sont des diurétiques légers en même temps que des médicaments d'épargne en diminuant l'élimination de l'urée. — Voy. *ce mot.*

Tomate. Les feuilles de cette solanée, données en infusion, 15 grammes par 1000 grammes d'eau, forment un diurétique plus actif que les tisanes de chiendent, de queues de cerises ou de pariétaire, selon M. Stanislas Martin. Il est donc bon de les faire sécher et de les conserver pour le besoin. Mais ce nouveau médicament aurait peut-être besoin de subir l'épreuve précédente avant d'être reconnu comme diurétique.

Amaranthus blitum. Souvent les médecins préfèrent conseiller l'usage des plantes diurétiques nitrées au nitre lui-même. A ce point de vue, M. A. Boutin vient d'enrichir la matière médicale en montrant que cette plante contient, à l'état sec, 12 pour 100 d'azotate de potasse. Elle est fort commune dans tous les terrains, mais spécialement dans les champs cultivés du Poitou, où on la connaît sous le nom de *pied-rouge.* (*Acad. des sc.*)

De nouvelles recherches de M. Chatin, à cet égard, lui ont montré que cette présence du nitrate de potasse dans les végé-

taux était très-générale. Outre le pastel, la vulvaire, la bourrache, les orties, la betterave, la pariétaire, il a constaté que toutes les plantes qui appartiennent directement ou par de proches congénères à la catégorie des plantes rudérales, sont riches en nitrate et en contiennent plusieurs centièmes de leur poids sec.

Les espèces des rochers (*Plantæ rupestres*), celles surtout des roches calcaires poreuses, sont nitrifères comme celles des murs.

Les espèces des prés (Ulmaire), des bois (Belladone), des champs (Fumeterre, Renouée), sont riches en nitrates, comme la généralité de celles des murs et des rochers.

Parmi les céréales, le blé, l'avoine, l'orge et le seigle sont très-pauvres en nitrates ; le contraire a lieu pour le sarrasin, pour le maïs surtout.

L'aptitude des espèces à emmagasiner le nitre varie avec les groupes naturels. On peut citer, parmi les familles les plus nitrifères, les Chénopodées, Amarantacées, Caryophyllées, Polygonées, Solanées, Papavéracées et Fumariacées.

Sous quelques réserves, on peut dire que les Dicotylédones comptent plus de plantes nitrifères que les Monocotylédones et que, parmi les Acotylédones, les mousses, vraies nitrifères, sont au premier rang ; les lichens, les champignons et les algues au dernier.

Les plantes cultivées dites épuisantes (Graminées) sont, dans leur ensemble, plus pauvres en nitrates que les espèces améliorantes (Légumineuses).

C'est dans les parties herbacées, parfois aussi dans les racines, que s'accumulent principalement les nitrates.

La proportion des nitrates diminue dans les plantes vers l'époque de la maturation des fruits.

La présence des nitrates dans les plantes est un fait général, mais variable suivant les milieux, les familles et les espèces végétales.

On peut dire qu'une plante est riche en nitrate quand elle contient plusieurs centièmes de son poids. Une telle plante brûle en scintillant et crépitant ; la cendre qu'elle laisse est blanche comme celle des bons cigares. (*Acad. de méd.*)

DYSENTERIE. *Anatomie pathologique des ulcérations.* Par une étude approfondie, M. Cornil a constaté, en dehors de

la pigmentation et du gonflement de la muqueuse du gros intestin, des dépressions plus ou moins étendues résultant de la destruction de l'épithélium de la muqueuse, y compris les fibres musculaires lisses sous-jacentes et les glandes en tubes. Des ulcérations siégent à leur niveau, et des pertes de substance plus profondes avec infiltration de leucocytes dans la muqueuse adjacente et dilatation, hypertrophie des culs-de-sac glandulaires.

Ces pertes de substance ou ulcérations ont une forme ovoïde, à ouverture interne étroite, formant ainsi des cavités oblongues, arrondies, dilatées, au-dessous des fibres lisses. Ces cavités, suivant l'auteur, sont formées par les vésicules closes ou glandes lymphatiques sous-muqueuses, comme le prouvent les divers états des vésicules closes de ces glandes étudiées microscopiquement dans leurs phases successives. (*Soc. de biol.*, mars.)

Après un réquisitoire en règle contre les anatomo-pathologistes allemands qui ont fait de la dysenterie le prototype de la diphthérite à laquelle ils l'ont assimilée par les altérations anatomiques, moins la dysenterie simple catarrhale, dit Niemeyer, M. Kelsch montre que c'est là un pur roman imaginé par Virchow et copié par les autres. Il a trouvé la paroi intestinale sensiblement épaissie dans les tuniques muqueuse et sous-muqueuse avec néoformation très-active et irrégulière dans celle-ci où les réseaux vasculaires sont serrés et nourris. La surface de la muqueuse est inégale, irrégulière, détruite par place, mamelonnée, bourgeonnante. Certaines pertes de substance arrondies et circonscrites semblent dues à l'élimination des follicules. Il décrit tous les intermédiaires de l'état normal des cryptes muqueux jusqu'à leur destruction et montre que ce processus ne ressemble en rien à l'ulcération folliculaire et encore moins à la diphthérite dont il est précisément l'opposé. (*Idem*, mars, et *Gaz. méd. de Paris*, nos 19 et 20.)

Dysenterie chronique. *Médication topique.* Au lieu des lavements astringents, désinfectants et même caustiques, poussés à tout hasard, le professeur Maury applique le *spéculum ani* pour s'assurer de l'état local des parties. Il a ainsi rencontré des ulcérations si étendues et profondes qu'un morceau d'éponge, gros comme un œuf de pintade, disparaissait dans leur cavité. D'autres fois, ces ulcérations étaient petites et multiples, tandis que, dans d'autres cas, il n'y avait que de l'hypérémie de la muqueuse.

Après avoir enlevé la sécrétion de ces ulcérations avec des tampons de ouate, M. Maury en cautérise la surface avec une solution de 8 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Des malades, traités depuis longtemps sans succès par les moyens ordinaires, ont été guéris rapidement par ces applications topiques. C'est donc aux cas chroniques que ce caustique doit être spécialement réservé. (*Detroit med. River.*)

Traitement chirurgical. Un médecin de quarante ans, ayant habité l'Inde pendant vingt-cinq ans, souffrait depuis trois ans d'une diarrhée dysentérique ayant résisté à tous les traitements ; il avait 4, 5 ou 6 selles par jour et jamais les matières n'étaient moulées. L'examen du rectum montra au docteur Th. Annandale, un ulcère situé à environ un pouce au-dessus de l'anus et sur la paroi postérieure, ayant les dimensions d'une pièce de 4 pence (*four penny piece*). La surface était déprimée et les bords durs ; il offrait une légère sensibilité au toucher.

Une incision, comprenant le sphincter et la base de l'ulcère, amena une grande amélioration. Un mois plus tard, il fallait cependant inciser de nouveau la base de l'ulcération. Une adénite inguinale suppurée suivit cette deuxième opération. Mais les symptômes diarrhéiques s'amendèrent encore, et douze jours après l'opération, le malade eut une selle moulée, pour la première fois depuis trois ans. Depuis, la guérison s'est maintenue, le malade a engraissé, et, tout récemment, l'auteur a pu constater l'existence d'une cicatrice petite et plissée à la place de l'ulcération. (*British med. Journ.*, décembre 1872.)

DYSIDROSIS. Éruption décrite par M. Tilbury Fox, dans une récente leçon à *University College hospital.* Fondé sur la description minutieuse d'un seul cas de ce genre, il en donne une explication qui peut se résumer ainsi : Éruption vésiculeuse, transparente, comme des grains de millet, avec une base rouge, produite par la distension des glandes sudoripares. Des bulles résultent de la réunion de ces vésicules et des papules de leur avortement ; des plaques blanches formées par l'épiderme soulevé résultent aussi de sa macération par la sueur qui devient âcre et acide au contact de l'air.

Elle simule au premier abord un eczéma aigu et est confondue avec lui dans les livres ; mais, bien qu'elle puisse le produire par l'âcreté de la sueur, elle en diffère essentiellement par son

siége anatomique, et ne donne pas lieu à une sécrétion purulente ni à des croûtes comme lui. Elle ressemble à l'érythème papuleux lors de l'abortion des vésicules.

Ce n'est pas davantage l'*hydroa* de Bazin, comprenant l'urticaire bulleux, l'érythème papuleux, la miliaire et autres affections semblables, suivant l'auteur, pas plus que l'idrosis, la miliaire, les sudamina, résultant de sueurs profuses.

C'est ici une éruption idiopathique s'observant chez les personnes faibles, déprimées, suant facilement et névropathiques. Sa durée est de huit à dix jours avec des variations successives. Quelques rares vésicules entre les doigts ou les orteils la constituent parfois avec expulsion du liquide et enlèvement de l'épiderme. Elle détermine du prurit surtout la nuit et empêche le sommeil. Les pieds, les mains, la face et les avant-bras en sont aussi atteints, surtout chez les goutteux.

Son nom indique l'élimination difficile de la sueur, car cette maladie n'est que la rétention dans le follicule comme l'acné dans les glandes sébacées. Il s'agit donc de la faciliter par l'usage interne des diurétiques, de la quinine et de la strychnine. Le cérat de Goulard, les pommades phéniquées, avec la poudre de calamine, le baume du Pérou, sont les moyens les plus efficaces pour la guérir. (*British med. Journ.*, septembre.)

DYSPEPSIE FONCTIONNELLE. *Nouveau mode de traitement.* Qu'elle soit causée par l'anémie, la chlorose ou des troubles nerveux, M. Brown Séquard ne donne qu'une petite quantité d'aliment solide ou liquide et de boisson à la fois en la répétant toutes les dix ou vingt minutes, une demi-heure au plus, sans rien dans l'intervalle. Ces aliments ne doivent être que nourrissants, comme viande de bœuf ou mouton grillée, œufs, pain, lait, beurre, fromage et peu de fruits et légumes. Ce mode doit être continué deux à trois semaines pour revenir graduellement au régime ordinaire.

Si des avantages de cette méthode ont été obtenus contre les vomissements incoercibles de la grossesse, l'auteur ne cite qu'un seul cas de dyspepsie où elle a réussi (*Arch. of scientific and practic. med.*, n° 1). C'est bien peu, surtout devant les caprices de l'estomac en pareil cas. Les diverses théories et hypothèses que le célèbre physiologiste émet en faveur de cette méthode, permettent de croire qu'il la défend ainsi, plutôt théoriquement que pratiquement. Il n'y a donc pas lieu d'y attacher plus

d'importance jusqu'à ce que de nouveaux faits en confirment la valeur.

DYSPNÉE. Tout en simulant une affection thoracique, ce symptôme frappant, qui y fait penser de suite, peut être le signe exclusif d'une lésion du cœur ou d'une altération de fonction de cet organe. Un anévrysme aortique, ouvert dans le péricarde, la produit ainsi au plus haut degré (voy. *ce mot*). De même des coagulations sanguines qui se rencontrent dans la diphthérite après avoir déterminé une mort subite. — Voy. Diphthérite.

Le diagnostic différentiel de la dyspnée pulmonaire avec la dyspnée cardiaque est ainsi rendu impossible, puisque, en réalité, ce symptôme est la conséquence de lésions connexes. — Voy. Accouchement.

DYSTOCIE. Outre les causes ordinaires de dystocie, il en est d'accidentelles qui ne s'offrent que comme des exceptions, des curiosités, et qu'il est bon de faire connaître. Tel est le cas observé par le docteur Cummins à la Maternité de Cork. Il s'agissait d'une présentation du siége dans la position oblique droite. Malgré une dilatation complète, les parties ne s'engageaient pas. Le seigle ergoté, tout en activant les contractions, n'eut pas plus de résultat. Les tractions, avec un crochet mousse engagé dans le pli de l'aine, n'en eurent pas davantage, et il fallut de fortes tractions avec les doigts remplaçant ce crochet pour vaincre l'obstacle et dégager un fœtus mort, avec la plus grande difficulté.

L'abdomen était énormément augmenté de volume, dur et incompressible. A l'autopsie du fœtus, on trouva deux reins, du volume d'une tête de fœtus chaque, dont la structure parut simplement une hypertrophie de tissu avec épaisseur de la capsule et des liquides infiltrés. (*The Dublin Journ. of med. science*, mai.)

E

EAUX MINÉRALES. *Inspectorat.* Les abus et les injustices criants commis dans la nomination des médecins inspecteurs des stations minérales, ces nominations laissées au favoritisme, le plus souvent au mépris du mérite et des droits acquis, ont

élevé depuis longtemps, en France, des réclamations vives contre ces fonctions. Les formalités sans nombre exigées par l'administration pour autoriser l'exploitation des sources en ont soulevé d'autres, et c'est sous leur empire qu'en 1863 l'autorité du médecin inspecteur fut considérablement réduite. Depuis que la République a succédé à l'Empire, on demanda la suppression de cette fonction comme contraire à l'égalité des médecins. L'exemple des bains d'Aix (en Savoie), régis par une commission médicale élue par tous les médecins attachés à ces thermes célèbres, sous l'empire de la loi italienne, avait servi pour demander qu'il fût étendu à toutes les stations françaises. Un véritable *pronunciamento* se fit dans la presse médicale française à ce sujet; on pétitionna, et l'Association générale des médecins de France, l'Académie de médecine et l'Assemblée nationale furent saisies presque simultanément de cette importante question.

A l'Association générale des médecins, un rapport de M. Hérard fit adopter, après une courte discussion, le maintien de l'inspectorat. C'est, d'après lui, une institution d'utilité publique, en ce qu'elle sert les intérêts de l'État en s'opposant aux spéculations industrielles, qu'elle assure le service médical des pauvres, et sert les intérêts de la science par des rapports annuels et des propositions sur les réformes et les améliorations à réaliser dans le service. Pour réprimer le favoritisme introduit dans les nominations, le rapporteur proposait le concours public.

A l'Académie de médecine, M. Gubler, rapporteur, sans méconnaître les abus ni les réformes, les améliorations à introduire dans ce service, en les proclamant hautement, au contraire, conclut néanmoins au maintien de l'inspectorat avec des raisons différentes. Les rapports annuels se bornant, le plus souvent, à une statistique des malades traités, sont une inutilité et ne révèlent ni le mérite, ni le zèle des inspecteurs. Cette raison, invoquée par M. Hérard, lui semble nulle, et il demande la suppression de cette condition qu'il remplace par des mémoires au choix, décelant bien mieux la capacité et le choix des inspecteurs.

Quant au concours pour réprimer les abus dans la nomination des inspecteurs, il le trouve impraticable et, sur la demande de M. Hardy, il propose, comme plus efficace, l'adjonction de l'Académie de médecine au Comité d'hygiène pour la présentation des candidats.

Tout en demandant que tous les médecins consultants aux grandes stations minérales s'associent librement sous la présidence du médecin inspecteur, afin de s'occuper des intérêts scientifiques et administratifs de la station pour les discuter ensemble, M. Gubler repousse le remplacement de l'inspecteur par cette commission, parce que la responsabilité ne serait plus effective. Argument principal invoqué par tous les partisans du maintien de l'inspectorat, comme si le président de cette commission, élu par ses pairs, ne pourrait pas la prendre aussi bien que l'inspecteur. Quant au traitement des pauvres, l'autorité pourrait s'adresser également à lui.

M. A. Latour a plus sérieusement combattu cette proposition en montrant que dans une foule de petites stations ,il n'y a absolument que le médecin inspecteur pour servir les intérêts de l'État, des malades et de la science ; mais on peut répondre alors que la faible action de ces sources, leur peu d'importance thérapeutique, ne justifie guère la présence d'un inspecteur officiel. Des récompenses annuelles aux médecins de ces sources qui s'y distingueraient, soit par le nombre de malades traités, ou des recherches sur leurs propriétés, seraient bien mieux placées qu'un traitement dérisoire et uniforme pour tous.

Néanmoins, après une discussion où M. J. Guérin s'est seul déclaré contre l'inspectorat, en le montrant diminué, amoindri, inutile et déconsidéré, sans que MM. Fauvel et Pidoux, ses principaux défenseurs, intéressés à son maintien, aient fait valoir de nouvelles raisons en sa faveur, l'Académie a voté les vœux suivants :

1° Qu'il soit accordé un supplément à l'*Annuaire des eaux minérales de la France ;*

2° Que l'inspectorat soit médical et individuel ;

3° Que le rapport officiel exigé des médecins inspecteurs soit supprimé et remplacé par des travaux scientifiques laissés au choix des médecins inspecteurs ;

4° Qu'une commission consultative soit formée de tous les médecins exerçant auprès de chaque station thermo-minérale, pour conférer, une fois par an, avec le médecin inspecteur sur les diverses questions de pratique médicale qui intéressent la station ;

5° Que la nomination des médecins inspecteurs ait lieu sur la présentation d'une double liste émanée, l'une de l'Académie de médecine, l'autre du Comité d'hygiène.

Reste l'Assemblée nationale qui doit statuer en dernier ressort. Qu'elle transforme ces vœux en loi, c'est possible ; mais l'institution de l'inspectorat ne sortira pas moins profondément ébranlée, discréditée et amoindrie de cette épreuve souveraine de la discussion publique, bien qu'elle n'ait pas relevé toutes les nominations injustes, complaisantes, vénales, accomplies dans ces dernières années.

Pour relever l'inspectorat individuel en autorité et en prestige, M. Dechambre propose d'en limiter la durée, au moins dans la même station, en créant plusieurs classes de médecins inspecteurs avec déplacements successifs des titulaires d'une station à une autre d'un degré hiérarchique supérieur comme dans les hôpitaux. (*Gaz. hebdom.*, mars.)

Mieux vaudrait se borner, selon M. de Ranse, à limiter à cinq ou six ans, par exemple, la durée des fonctions d'inspecteur, de manière à les rendre accessibles à tous les médecins méritants des stations thermales. Ils lutteraient ainsi à armes égales et l'inégalité actuelle disparaîtrait. La perspective de l'inspectorat serait ainsi un excellent stimulant pour tous les médecins hydrologistes et contribuerait à relever le niveau de la médecine thermale. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 13.)

Les Eaux minérales et les bains de mer de la France; nouveau Guide pratique du médecin et du baigneur, par le docteur Paul Labarthe, médecin du dispensaire de salubrité ; un volume in-12 de 378 pages Paris, chez Reinwald, rue des Saints-Pères, 15.

On a plus écrit depuis vingt ans sur nos eaux minérales, qu'on ne l'avait peut-être fait dans le siècle précédent. La facilité et la rapidité des communications, en rendant les voyages faciles, en ont répandu le goût, et l'on n'attend plus d'être malade pour aller boire telle eau et prendre tel bain , souvent on le fait pour ne pas le devenir. Il est telles eaux, en effet, qui sont plus préventives que curatives par leur faible minéralisation : ce sont les *eaux médicinales*. D'autre part, le goût et l'habitude des bains de mer se répandent de plus en plus parmi les citadins qui en éprouvent les meilleurs effets. De là, la multiplication des *stations maritimes* sur notre immense littoral et leur nombre sans cesse croissant.

La publication de ce nouvel ouvrage est ainsi justifiée. Par sa facture, il s'adresse aussi bien au public qu'aux médecins.

Et dans cette immensité de sources et de stations diverses et variées, comment se reconnaître sans un guide sûr pour faciliter son choix ? C'est là ce qu'offre ce livre. Après quelques généralités sur les caractères, la classification, les propriétés des eaux minérales et des bains de mer, ainsi que la législation qui leur applicable, chaque source et chaque station maritime sont indiquées séparément, par ordre alphabétique, avec les détails nécessaires : itinéraire, distance, durée et prix du voyage, topographie, analyse chimique, action thérapeutique, bibliographie, et tout cela avec une étendue proportionnée à l'importance du sujet. Il est ainsi très-facile de s'orienter dans ses recherches d'un lieu voulu, désiré dans ces deux parties séparées : eaux minérales, bains de mer. L'ordre alphabétique et des tables, même par département, empêchent de ne jamais s'y perdre.

Complet et sûr, ce *Guide* sobre et concis est de plus sérieux, et c'est une grande qualité. On peut s'y fier et s'y livrer, sans crainte d'être surfait. Il justifie l'épigraphe de Montaigne, qu'il porte : *Cecy est un livre de bonne foy.*

ÉCLAMPSIE. *Pronostic.* En raison de ce signe mis en lumière par M. Bourneville : que la température augmente constamment dans l'éclampsie et diminue de même dans l'urémie, ce qui sert à les distinguer (voy. *année* 1872), M. Budin se demande si cette élévation de température ne peut pas servir aussi au pronostic. Il est ainsi moins grave dès que l'élévation s'arrête, soit spontanément, soit par suite des remèdes ou de l'extraction de l'enfant. Ce signe pourrait même servir à fixer l'observation sur l'efficacité réelle des moyens employés. Son élévation graduelle est au contraire une indication d'agir, soit instrumentalement, soit thérapeutiquement. 37 à 38 degrés justifient l'expectation. (*Gaz. des hôp.*, n° 145, 1872.)

Malheureusement les faits ne sont pas encore assez nombreux pour rendre la pratique aussi précise et sûre, en pareil cas, au point de ne plus laisser le moindre embarras à l'observateur.

Traitement. *Résultats comparatifs.* D'après une statistique faite par M. le docteur Charpentier, sur 210 cas traités par la saignée, unique ou répétée, modérée ou abondante, l'effet a été insensible ou nul 72 fois, aggravé 46 fois, diminué ou cessé 92 fois. La mortalité générale a été de 35 pour 100, savoir : 45

à la Clinique où pratique M. Depaul, défenseur de ce traitement, 34 à la Maternité et 26 d'après les auteurs.

Sur 84 cas traités par les anesthésiques : chloroforme, éther et chloral, l'influence a été nulle 8 fois, les accès ont augmenté 6 fois, diminué ou cessé 49 fois. La mortalité a été de 15, soit 18,8 pour 100, c'est-à-dire la moitié environ. L'avantage reste donc à ceux-ci et au chloral en particulier, qui, sur 8 cas recueillis à Paris en y comprenant un succès communiqué par M. Bourdon à la *Société de thérapeutique* le 7 janvier, compte 7 guérisons et un seul cas où son influence a été insensible. Son emploi est d'autant plus indiqué ici que, suivant M. Bourdon, à la dose de 2 à 4 grammes en lavement, il calme et régularise les contractions douloureuses agaçantes, comme M. Lambert l'avait déjà signalé. — Voy. Accouchement, 1871.

De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques, thèse d'agrégation en chirurgie, par le docteur Charpentier. 1 vol. in-8°. Paris.

Chloral. M. le docteur Bourdon en a confirmé de sa haute autorité les bons effets sédatifs obtenus jusqu'à ce jour. Chez une primipare à terme de vingt et un ans, entrée dans son service de la Charité, et qui avait depuis quinze jours de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, avec céphalalgie et somnolence, il constata une grande quantité d'albumine dans les urines. Trois jours après, elle fut prise d'un accès d'éclampsie très-intense de dix minutes. Pendant la résolution, il fit administrer un lavement contenant 4 grammes d'hydrate de chloral, qui fut suivi d'un sommeil presque immédiat.

Le lendemain, à titre préventif, deux lavements semblables sont donnés, le premier à dix heures du matin, au moment où le travail d'accouchement commençait, et le second deux heures après ; à trois heures, l'accouchement se terminait, sans que la femme eût ressenti la plus légère douleur.

Le soir, vers huit heures, un nouvel accès éclamptique survint et nécessita l'administration d'une potion avec 4 grammes de chloral. La nuit fut fort calme, et il ne se manifesta plus aucun accident.

Donné comme préventif chez une femme à terme, ayant depuis quelque temps de l'œdème aux membres et à la face, avec céphalalgie, insomnie et une abondante albuminurie, le chloral prévint tout accès d'éclampsie, et elle accoucha dans un état

de demi-sommeil, avec des contractions utérines extrêmement peu douloureuses. — Voy. Accouchement.

Éclampsie mortelle. *Opération césarienne.* Une femme de trente-cinq ans, admise à l'hôpital de la Pitié, pour son huitième accouchement, ayant succombé à une éclampsie urémique avec des attaques épileptiformes, M. Lorain, aussitôt le dernier soupir rendu, ouvrit le ventre et fit l'extraction d'un enfant à terme. Il n'était même pas cyanosé, et la respiration s'établit bientôt (*Progrès méd.*, juin). C'est un encouragement à imiter cet exemple en pareil cas, lors même que les battements du cœur ne sont plus perçus depuis longtemps.

Éclampsie albuminurique. D'après le docteur Bouchut, qui trouve la doctrine de l'urémie trop exclusive, l'éclampsie albuminurique doit être rapportée: 1° à la suffusion séreuse des méninges et du cerveau ; 2° à l'intoxication urémique ou ammoniémique par insuffisance sécrétoire des reins.

Dans un cas d'encéphalopathie, chez une petite malade offrant de l'anasarque, de l'hydropéricarde, de l'œdème des poumons et des papilles oculaires, il l'a rattachée à la suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau, et non à l'intoxication urémique. S'il y a œdème des nerfs optiques, il y a œdème de la pie-mère. D'autre part, il n'y a eu ni vomissements ni diarrhée, la bouche est restée humide, la température à 37° et 37°,3.

S'il est établi que chez cette malade, l'éclampsie dépend de l'anasarque qui s'est étendue aux méninges et au cerveau, il faut poser, comme indication thérapeutique, la déplétion séreuse des méninges et du cerveau. Cette indication est remplie par les *drastiques*, les *émissions sanguines*, la *sudation*. Ce dernier moyen a été seul employé chez la malade, qui a été mise pendant trois mois dans un maillot de laine chauffée et imprégnée de vapeurs de benjoin. L'hydrate de chloral, à la dose de 4 grammes par jour, guérit complétement les accidents encéphalopathiques. (*Gaz. des hôp.*, n° 70.)

ECTHYMA. *Inoculabilité.* Sur trois malades atteints de fièvre typhoïde et de pustules d'ecthyma, M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a réussi à inoculer le pus de ces pustules et à les reproduire sur d'autres parties du corps. De même dans un cas d'ecthyma simple. Ces pustules sont donc auto-

inoculables. Leur développement suit une marche identique avec celle d'une pustule spontanée. Un point rouge, un peu induré, prurigineux, s'observe à la place de la piqûre le premier jour. La rougeur s'étend dans un diamètre d'un centimètre le lendemain avec un noyau dur et saillant. Une petite vésicule, contenant un peu de sérosité trouble, existe sur cette base étendue le troisième jour. Le quatrième, la pustule est parfaitement caractérisée, adulte, et fournit un pus inoculable. Elle se dessèche du neuvième au dixième, et les croûtes tombent du seizième au vingtième jour. Le liquide de ces pustules de seconde génération est auto-inoculable, mais son activité va en diminuant et cesse de la troisième à la quatrième génération. (*Ann. de derm. et de syphilig.*, n° 5.)

EMPHYSÈME. *Constriction mécanique.* Le docteur Gerhardt a repris l'usage de ce moyen employé par Biermer et s'en est bien trouvé chez deux hommes de quarante et quarante-deux ans. Le résultat est en proportion du degré de flexibilité des cartilages costaux, et paraît surtout favorable quand des petites bronches ou des vésicules sont obstruées par les sécrétions qui ne peuvent être expulsées par insuffisance du pouvoir musculaire.

Dans les deux cas, le procédé fut suivi d'une légère hémoptysie qu'il explique par la rupture de quelques petits vaisseaux, déterminée par l'augmentation de la pression sanguine. L'effet de la compression pendant la respiration, employée durant quelque temps plusieurs fois par jour, a augmenté la capacité pulmonaire de 1100 à 2750 dans un cas, et de 1400 à 3700 centimètres cubes dans l'autre, diminué l'expectoration et surtout amélioré l'état des malades. (*Berl. Klin. Woch.*, janvier.)

Emphysème du foie. Aux cas cités par Louis, Frerichs et quelques autres, M. le docteur Forsyth Meigs en ajoute un observé par lui à l'autopsie d'un homme de vingt-cinq ans, pratiquée onze heures et demie après sa mort d'une fièvre typhoïde. Les hémorrhagies intestinales avaient été abondantes et répétées ; un frisson violent avait précédé la mort, survenue dans la troisième semaine. Une quantité abondante de gaz et de matières fécales provenant d'une perforation de l'iléon, se trouva dans le péritoine ; la peau du cou et du thorax était emphysémateuse ainsi que le foie et les reins. Le foie, notable-

ment augmenté de volume, d'un brun jaune, était perforé de petits trous nombreux contenant de l'air. Il crépitait et surnageait dans l'eau, comme le poumon. La pression en faisait couler de la sanie fluide sans trace de pus. Il n'y avait aucune adhérence, pas même au diaphragme. La vésicule était remplie de bile jaune ; au microscope, presque toutes les cellules étaient en voie de destruction, graisseuse ou non. Les reins étaient dans le même état. (*Philad. med. Times*, n° 49, 1872.)

N'est-ce pas là un simple effet de la putréfaction *post mortem* qui a pu se développer très-rapidement par la présence des matières fécales, surtout à la suite d'une pareille maladie? Il n'y a donc pas lieu d'en tirer plus d'enseignements.

Emphysème généralisé. Le docteur Pancin, ayant constaté un emphysème considérable de la partie supérieure des cuisses, du scrotum, des lombes et de toute la partie inférieure de l'abdomen jusqu'au-dessus de l'ombilic, ne savait à quoi l'attribuer.

Le malade finit par avouer qu'il avait été victime d'un attentat (d'une mauvaise farce, disait-il), de la part de trois de ses camarades, qui l'avaient pris en grippe et voulaient l'éloigner de leur chantier, à cause d'un eczéma chronique qu'il portait à la face et qui rendait sa compagnie assez répugnante. La veille, ses trois camarades étaient venus le voir dans sa chambre, deux d'entre eux s'étaient emparés de lui, l'avaient couché sur son lit et maintenu fortement, tandis que le troisième lui faisait une légère incision à la face interne du prépuce, introduisait un chalumeau dans cette plaie et insufflait le malheureux patient, à la manière dont les bouchers insufflent les bœufs et les moutons pour détacher et enlever plus facilement la peau.

EMPYÈME. *Tannin.* Après l'évacuation spontanée du pus par les bronches ou les parois thoraciques, M. Duboué (de Pau) a employé le tannin chez 11 malades non tuberculeux. 8 ont guéri dans un temps relativement court, et 1 incomplétement après un long traitement ; 2 sont morts.

L'un de ceux-ci est le docteur Triquet, auriste distingué, considéré comme tuberculeux, et qui en proie à la fièvre hectique, était allé sous le climat de Pau. Outre l'excessive fétidité des crachats, il y avait une diarrhée continuelle dysentérique,

selles très-fréquentes, peu abondantes et sanguinolentes. N'observant aucune amélioration de cinq pilules de tannin par jour, M. Duboué administra ce médicament à la dose de 1 gramme dans un julep gommeux de 150 grammes, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Sous l'action de cette médication, un mieux des plus notables se produisit rapidement, la diarrhée se supprima, l'appétit revint, la fétidité et l'abondance des crachats diminuèrent. Tout semblait, en un mot, faire augurer une guérison prochaine, lorsque Triquet mourut subitement un matin, en se remettant au lit, après avoir pris un potage et être allé à la garde-robe. Suivant M. Duboué, Triquet avait une pleurésie purulente et a succombé à une embolie pulmonaire, mais sans en donner aucune preuve nécropsique.

Chez les huit malades guéris radicalement, la durée moyenne du traitement par le tannin a été de deux mois. Un malade a été guéri en huit jours, un autre en six mois.

Le mode d'administration du tannin a varié selon les cas ; la plupart des onze malades l'ont pris en pilules et d'après la formule suivante :

℞ Tannin . . . . . 3 grammes.
Conserves de roses. . . . . q. s.

F. s. a. 20 pilules à prendre de 4 à 8 par jour, dont la moitié une heure avant le repas du matin et l'autre moitié avant le repas du soir.

La dose *habituelle*, chez un adulte, a été de 1 gramme par jour, la dose *minimum* de 60 centigrammes et la dose *maximum* de $1^{gr},50$; mais on pourrait aller beaucoup plus loin, le tannin ayant été administré dans d'autres maladies jusqu'à des doses de 8 et 10 grammes par jour. On peut d'ailleurs se guider, pour augmenter ou diminuer les doses, sur la tolérance de l'estomac, ordinairement bien prononcée, tant qu'il reste un foyer de suppuration, ainsi que sur les effets produits et notamment le retour de l'appétit, la diminution de l'expectoration, des sueurs, etc.

Dans un cas où il s'agissait d'un enfant de six ans, l'auteur l'administra en poudre, à la dose de 20 centigrammes, puis de 30 centigrammes par jour et divisé en deux paquets de 10 et 15 centigrammes chacun. L'enfant prenait très-bien ces paquets de poudre, soit dans un peu de confiture, soit dans une faible quantité de sirop de gomme.

Enfin, chez trois malades, le tannin a été donné dans une potion gommeuse, tantôt en deux fois, le matin et le soir, tantôt par cuillerée à bouche d'heure en heure. (*Gaz. hebdom.*)

C'est donc un agent à employer après la thoracentèse ou l'incision. Il agit comme tonique et astringent, réveille les fonctions digestives presque anéanties, diminue la sécrétion purulente, et quand un épanchement de pus s'est fait jour par les bronches chez un sujet non tuberculeux, et que du sang, mélangé en plus ou moins grande proportion au liquide sécrété par la plèvre, vient à être expectoré sous l'influence du frottement pleural, le tannin supprime parfois assez vite cette hémoptysie.

Ouverture dans le canal vertébral. Chez un enfant de dix ans, un empyème du côté gauche s'est frayé une voie dans le psoas par une communication fistuleuse pouvant admettre une petite sonde, et de là dans le canal vertébral, comme l'autopsie l'a démontré. Les symptômes furent la paraplégie avec paralysie de la vessie et du rectum. (*Dublin med. Journ.*, avril.)

Élasticité pulmonaire. Trois mois après l'opération de l'empyème, consécutive à une pleurésie purulente, chez un homme placé à l'Hôtel-Dieu, MM. les docteurs Carlet et Strauss ont vérifié ce point encore en discussion. A l'aide de deux pneumographes de Marey appliqués sur le thorax, ils ont obtenu des tracés étant la preuve certaine que, après l'empyème, le poumon peut se dilater et se rétracter. Il y a exagération de ces phénomènes pendant l'occlusion de l'ouverture. D'où l'indication de tenir la plaie fermée aussi hermétiquement que possible par un appareil en caoutchouc. (*Acad. des sciences*, octobre).

ENCÉPHALOPATHIE URÉMIQUE. M. Parrot désigne sous ce nom l'ensemble des troubles nerveux observés chez les urémiques, particulièrement chez les nouveau-nés. Le mal débute d'une manière constante par des troubles digestifs graves, prenant leur source dans un vice des ingesta et des circumfusa. C'est ainsi que quelques jours, plus rarement deux ou trois semaines après la naissance, par le fait d'une nourriture insuffisante ou d'un allaitement artificiel, et aussi par son séjour dans un milieu malfaisant, comme le sont bien souvent les maternités, les crèches et les hospices, l'enfant qui jusque-là s'était bien

porté, est pris assez brusquement de diarrhée. Ses selles, d'abord aqueuses et jaunes, deviennent rapidement vertes ; les urines sont rares, et il vomit ses aliments, ou, ce qui est le plus fréquent, un mélange de lait et de bile. Des plaques de muguet se montrent bientôt et envahissent toutes les parties visibles de la muqueuse digestive.

L'enfant refuse successivement le sein et le biberon, et, finalement, on ne lui donne le lait qu'à l'aide d'une cuiller.

La température baisse rapidement, le pouls se ralentit, la respiration est profonde et en général très-inégale. La peau prend une teinte livide, et les urines, de plus en plus rares, finissent par se supprimer. Les couches ne sont salies que rarement ou même ne le sont plus du tout.

C'est en général à cette période de la maladie, et avec ces derniers accidents, que l'on voit apparaître le coma et les convulsions qui, se succédant ou se groupant de diverses sortes, en des paroxysmes à physionomie variable, constituent l'encéphalopathie.

L'examen cadavérique a révélé la viscosité et une coloration lie-de-vin ou même noirâtre du sang très-diffluent ; congestion très-intense de la pie-mère cérébrale ; stéatose tubulaire, thrombose veineuse et infarctus uratiques des reins ; muguet de la muqueuse digestive jusqu'au cardia ; dans quelques cas, ulcérations de l'estomac, pleurésie ou pneumonie ; très-fréquemment stéatose de l'épithélium alvéolaire des poumons servant en quelque sorte d'union entre les désordres digestifs et ceux de l'innervation, et parmi ces altérations, celles du sang et des reins tiennent le premier rang.

L'hémodyscrasie toute primitive est surtout aggravée par le défaut d'action des reins. Amoindri dans sa masse, altéré dans sa constitution, le sang circule mal, et par les produits excrémentitiels dont il est chargé, il affecte, à la manière d'un toxique, les centres nerveux, qui manifestent leur souffrance par des phénomènes comateux et convulsifs.

Si l'encéphalopathie n'est en quelque sorte qu'un incident, dans un vaste processus morbide, où les altérations organiques et fonctionnelles s'engendrent et se multiplient jusqu'à l'anéantissement de la vie, variables dans leur nombre, leur physionomie, leur marche, leur durée, affectant des combinaisons très-diverses, un trouble considérable de la nutrition en est l'origine commune. La maladie connue sous les noms de *mal de mâchoire*,

de *tétanos*, de *trismus des nouveau-nés*, dont la ressemblance est simplement apparente avec le tétanos vrai, est, suivant l'auteur, une des formes de l'éclampsie, qui, au point de vue des symptômes et des causes, se rapproche de l'encéphalopathie urémique et se confond même avec elle quand les convulsions toniques prédominent.

ENDOCARDITES. On signale aujourd'hui de toutes parts des endocardites secondaires avec une série d'affections diverses, comme la diphthérite, l'érysipèle, l'infection purulente, les fièvres éruptives et jusqu'aux fièvres intermittentes. Mais, comme le remarque judicieusement M. E. Besnier, il ne faut pas chercher la relation de cette lésion secondaire dans tous les cas. Elle est subordonnée à ce grand fait qu'il faut savoir généraliser à toute une série d'affections qui ont pour caractéristique commune l'altération du sang sous l'influence de laquelle l'endocarde subit les lésions que les anatomo-pathologistes étudient avec tant de zèle et de soin. Ce n'est donc que dans ces cas qu'il faut les rechercher.

Endocardite végétante ulcéreuse. Parmi cette espèce multiple des endocardites ulcéreuses, une nouvelle variété tend à être distinguée comme résultant de l'intoxication palustre. Celle qui succède aux rhumatismes, en effet, de nature scléreuse, se généralise à toute la circonférence de l'orifice mitral et donne lieu à la formation d'un tissu qui tend invariablement à s'organiser, comme dans la cicatrice, et détermine ainsi des rétrécissements plus ou moins considérables des orifices cardiaques, et consécutivement la mort par gêne circulatoire. Celle qui survient dans l'état puerpéral produit, au contraire, un tissu exubérant, gonflant la valvule mitrale et engendrant des végétations plus ou moins volumineuses; leur organisation étant impossible, leurs detritus déterminent fatalement l'infection de l'organisme. Or, cette nouvelle espèce, suivant M. Lancereaux, est localisée de préférence aux valvules sigmoïdes de l'aorte, et atteint particulièrement les individus affectés de fièvre intermittente. C'est une confirmation des idées émises à cet égard par M. Durosiez dès 1869. — Voy. Fièvres intermittentes, 1870.

Deux observations suivies d'autopsie et accompagnées de planches, rapportées par M. Lancereaux, sont les seules preuves de cette étiologie nouvelle. Dans les six observations suivantes,

cette précision manque, et ce n'est que d'après le siége et les lésions anatomiques spéciales des valvules aortiques et notamment l'énorme volume de la rate, que l'auteur a pu conclure à une affection palustre. Cette étiologie n'est donc pas encore parfaitement déterminée et attend de nouvelles investigations. Anatomiquement, elle consiste dans une tuméfaction partielle, un boursouflement localisés aux valvules sigmoïdes de l'aorte et parfois de la valvule mitrale, avec végétations saillantes, libres ou recouvertes de dépôts fibrineux. De petits éléments ronds, embryonnaires, peu viables, formés aux dépens du tissu conjonctif, la constituent histologiquement.

En subissant la dégénérescence granulo-graisseuse, il se forme ainsi des anévrysmes, des déchirures, des ulcères de la valvule et des détritus moléculaires pouvant former des embolies et empoisonner le sang. Des granulations et des bâtonnets sont parfois observés. Des amas de ces granulations, disposés en filaments monoliformes, comme les chaînes de leptotrix, sont même signalés par Heiberg dans deux cas et font penser à une lésion parasitaire. Mais cette nature reste encore *sub judice*.

Symptomatologie. Elle ne diffère pas des autres altérations valvulaires aortiques, ce qui rend le diagnostic différentiel presque impossible. Un double bruit de souffle doux ayant son maximum d'intensité à la base du cœur, se prolongeant dans l'aorte et dans tout le thorax, est le signe constant. Il coïncide bientôt avec l'hypertrophie cardiaque, l'hypérémie du foie, sans œdème des extrémités ; l'engorgement splénique est le plus caractéristique.

Des accès de frisson, peu intenses, avec fièvre paroxystique, vomissements ou diarrhée, inappétence, abattement, faiblesse, sont les symptômes généraux qui, coïncidant avec la lésion locale des valvules, peuvent le mieux aider au diagnostic. Le caractère adynamique des phénomènes subits de syncope, la perte de connaissance, le refroidissement, la lividité, la pâleur sans convulsions, en sont surtout le complément.

La marche est beaucoup plus rapide que l'endocardite rhumatismale ou scléreuse. Un an et même quelques mois suffisent à l'évolution de celle-ci. Loin d'être provoquée par la gêne circulatoire, la terminaison fatale résulte ici d'une intoxication du sang, dans la plupart des cas. De là la fièvre et les accidents septicémiques qui ne s'observent pas dans la première.

Le pronostic est donc des plus graves ; d'autant plus que le traitement ne peut empêcher le ramollissement et le détachement des valvules qui, une fois produits, déterminent inévitablement la mort. C'est donc à prévenir, à combattre les phénomènes septicémiques par les toniques et les anti-septiques que l'on doit s'appliquer. Le sulfate de quinine produit ainsi une certaine amélioration. (*Arch. de méd.*, juin.) — Voy. DIPHTHÉRITE.

ENSEIGNEMENT. Décidément, le crédit et l'autorité de M. Virchow, jadis si incontestés universellement, paraissent décliner jusqu'à Berlin même. Il y a vingt ans, de célèbres maîtres y allaient exclusivement pour le voir et l'entendre ; aujourd'hui, les étudiants font même défaut dans cette université célèbre. Leur diminution est *terrible*, dit la *Berliner Wochenschrift*, et cette expression est justifiée par le tableau suivant :

	1871-72	1872-73
Semestre d'hiver.	2603	1918
— d'été.	1990	1590

Les inscriptions pour l'année courante dans les universités allemandes ont été de 7467 élèves, dont 3904 pour la session d'hiver, et 3563 pour celle d'été. C'est 851 de moins qu'en 1872, dont 444 pour les élèves en médecine, réduits au nombre de 2479. La diminution est donc continue et croissante.

Elle est si rapide que le nombre actuel des étudiants, à Berlin, est au-dessous de celui de 1862 : 1704. Ils sont aussi moins nombreux que l'année dernière à Bonn, considéré comme une résidence d'été ; et, à Greifswald, ils ont diminué de 346 à 298.

Est-ce que déjà les yeux se seraient dessillés sur tout ce qu'a de trompeur et de décevant la médecine expérimentale et soi-disant positive que l'on enseigne avec le microscope et les réactifs ? Non. On attribue ce délaissement général de l'Université de Berlin à l'augmentation considérable des dépenses pour vivre dans cette capitale du nouvel Empire. Mais, si les étudiants y trouvaient une compensation par une instruction et des moyens d'étude supérieurs, en quitteraient-ils si rapidement le chemin ? objecte judicieusement le *Medical Times*. La vérité est que les cliniques y sont insuffisantes comme les laboratoires. L'agrandissement et les succès de l'Empire ont tourné toutes les têtes, et chacun veut s'enrichir rapidement en quittant les

voies lentes et laborieuses des sciences, et de la médecine en particulier, pour le commerce et l'industrie. C'est un bon signe pour notre revanche, si nous savons en profiter.

Faculté de médecine à Genève. Par arrêté du grand Conseil du canton de Genève du 20 juin 1873, une faculté de médecine a été créée à Genève dont l'enseignement comprendra toutes les matières. Les leçons y seront payées par les auditeurs à raison de 5 francs par semestre pour chaque professeur, moyennant une heure de cours par semaine. C'est là une innovation qui mériterait de s'étendre en France.

L'histologie à Madrid. Malgré l'éloignement, la résistance, et même la répulsion de la médecine espagnole pour les spéculations expérimentales de la médecine allemande, elles s'imposent à elle comme toutes les innovations, les progrès, et elle est ainsi forcée d'en appliquer au moins les données les plus pratiques. Une chaire d'histologie normale et pathologique vient d'être instituée à la Faculté de médecine de Madrid, sur l'initiative du docteur Somolinos, son doyen actuel. Cet acte témoigne de ses efforts pour améliorer l'instruction des élèves et la mettre au niveau des connaissantes actuelles.

C'était d'ailleurs là une amélioration vivement réclamée et attendue par le Corps médical. Afin d'en préparer la réalisation, l'Académie de médecine avait mis au concours, il y a deux ans, la comparaison critique des deux écoles histologiques française et allemande. Deux mémoires ont répondu à cette demande avec tant de succès, paraît-il, que, dans la distribution des récompenses qui vient d'avoir lieu en séance solennelle, l'un a obtenu le prix et l'autre un accessit. Les noms des lauréats ne nous sont pas parvenus, mais il serait curieux et intéressant de connaître leurs appréciations de ce côté des Pyrénées, et nul doute que l'Académie ne s'empresse de les publier.

Une réforme aussi désirable pour l'enseignement serait d'empêcher les professeurs officiels de donner des cours privés, particuliers et payés, pour la préparation aux examens probatoires qu'ils sont chargés de faire subir eux-mêmes. Le recteur de l'Université vient de soumettre des observations à cet égard, et c'est là un abus trop criant pour qu'il soit toléré par un gouvernement soucieux du progrès. Tout professeur ou agrégé qui se respecte devrait s'abstenir de ces spéculations intéressées.

Une innovation d'un autre ordre vient d'être adoptée par l'Université de Londres. A partir du mois de juin prochain, la connaissance du grec ne sera plus indispensable pour subir les examens d'admission dans les colléges de médecine. Il sera facultatif de remplacer cette langue morte par la connaissance du français ou de l'allemand.

On peut différer d'opinion sur la valeur de cette mesure universitaire ; au point de vue du positivisme anglais, c'est un progrès incontestable. Il est évident qu'il y a infiniment plus à apprendre en médecine aujourd'hui en allemand, en français comme en anglais, en italien qu'en grec. On peut, à la rigueur, se passer de celui-ci ; il est indispensable de comprendre celles-là pour se tenir au courant de la science. A défaut de les savoir, il faut des interprètes.

Pathologie générale. A l'Université de Vienne, on divise pour mieux régner. La chaire de pathologie et de thérapeutique générale étant vacante a été confiée à M. Stricker, directeur du laboratoire de pathologie expérimentale, en la transformant selon son talent. La thérapeutique en a été distraite, comme dans la plupart des chaires correspondantes en Allemagne, et celle-ci prend désormais le titre de chaire de *pathologie générale et expérimentale.*

L'Université de Turin a suivi cet exemple en confiant récemment cette chaire à M. Bizzozero, l'habile expérimentateur. Il n'y a plus guère qu'en France où l'on persiste sous ce rapport dans les vieux errements. Est-ce un bien? est-ce un mal ?.... La pathologie générale tend, il est vrai, à se transformer suivant les expérimentateurs ; mais est-ce là un progrès réel ? On l'admet en Allemagne. Heureusement l'Allemagne n'est pas encore le monde et sa loi n'est pas universelle.

De 1496 en 1872, les nouveaux étudiants en médecine, inscrits à la rentrée scolaire de 1873 dans les divers colléges de médecine de Londres, sont de 1623, dont 100 à S. Barthélémy qui compte 274 élèves, et 93 à Guy qui en a 314. On s'habitue aux nouvelles épreuves qui ne ferment plus la carrière du médecin comme on le redoutait tant au début.

Anatomie pathologique. Il est question d'améliorer l'enseignement de l'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles.

Des professeurs ont été envoyés à Vienne à l'effet d'en étudier les détails, et du rapport adressé à l'autorité sur leur mission, il résulte que c'est aux réformes inaugurées par Rokitanski à ce sujet, que l'École de Vienne doit sa célébrité actuelle. Là, les autopsies sont la règle, comme dans toutes les universités allemandes, tellement que sur 2689 décès survenus dans les hôpitaux de Vienne en 1870, 1485 ont été suivis d'autopsie. Là, l'autopsie n'est jamais faite par le médecin traitant, à cause des idées préconçues qu'il a toujours sur la nature des lésions. C'est un des principes établis par Rokitanski. Tous les cadavres de l'hôpital général sont apportés à l'Institut (*Leichenhof*), où le directeur et ses aides en font l'autopsie sans connaître le diagnostic ni le traitement. Ce n'est que par les lésions trouvées que le diagnostic est expliqué.

Rapport sur les questions de l'enseignement supérieur, adopté par le Cercle médical liégeois le 29 novembre 1872 ; brochure in-8°. Liége.

Restriction des cours théoriques, augmentation des cours pratiques d'anatomie, de physiologie et d'histologie expérimentale ; transformation des cours de pathologie en cours de clinique, ou plutôt fusion de ces cours ; obligation pour les élèves de les suivre pendant trois ans avant de se livrer à la pratique ; tels sont les principaux points adoptés. Et comme corollaires, fondation de cours libres, encouragements à l'enseignement, et surtout création du concours qui n'existe pas en Belgique. « Depuis le fatal décret de l'Empire, qui a aboli le concours pour les chaires professorales, dit ce rapport, l'école de Paris n'a cessé de décliner, et l'on ne compte plus aujourd'hui des hommes comme les Andral, les Dupuytren, les Velpeau, les Bouillaud, les Chomel, et, tôt ou tard, on se décidera probablement à le rétablir. » Puisse ce vœu être rempli aussi bien en France qu'en Belgique !

ÉPILEPSIE. Diagnostic. *Dilatation des pupilles.* Chez une femme de vingt-cinq ans, entrée à Sainte-Anne en accès épileptique, M. Magnan a constaté des convulsions toniques, une dilatation simultanée des pupilles.

La température rectale s'est élevée, comme M. Charcot l'avait indiqué plus particulièrement, de 37°,2 à 39°,2. Au moment des attaques, il n'a pas été possible d'examiner la pu-

pille à l'ophthalmoscope; mais durant un intervalle de calme, il a été facile de reconnaître une injection notable du fond de l'œil, moins marquée cependant que chez les animaux.

M. Parrot a vérifié plusieurs fois l'exactitude de cette observation. Chez des enfants, durant des attaques épileptiques, il a vu le paroxysme coïncider avec la dilatation des pupilles. Ce dernier phénomène a été noté sur une femme dans le cours de trente attaques successives. Chez des enfants, l'attaque a été caractérisée, tantôt par une suite de convulsions répétées envahissant tout le corps, tantôt par quelques secousses isolées dans les membres, ou bien encore seulement par la dilatation des pupilles, le globe oculaire restant immobile. (*Soc. de biol.*)

Nitrite d'amyle. Guidé par cette observation, que les paralytiques généraux peuvent en inhaler une quantité considérable sans aucune rougeur de la face, tandis que la moindre quantité produit une extrême hypérémie cutanée sur les épileptiques, le docteur Crichton-Browne l'a employé chez ceux-ci. Il l'administre avant l'accès, dès qu'il est annoncé par l'aura, pour prévenir le spasme des vaisseaux et combattre ainsi l'habitude pathologique pour arriver à la guérison. L'accès a été prévenu ainsi dans plusieurs cas, et des séries d'accès journaliers furent même interrompus en donnant régulièrement cet agent trois fois par jour. Chez des lapins rendus artificiellement épileptiques, et dont l'accès suivait invariablement l'irritation électrique, il fut prévenu par l'inhalation du nitrite d'amyle. C'est donc plutôt un moyen de prévenir les accès que de les arrêter. Un flacon contenant ce médicament et muni d'une éponge peut servir à cet effet aux épileptiques qui, en le portant continuellement sur eux, pourront en inhaler à tout avertissement de l'aura.

Sur 10 épileptiques confirmés et qui semblaient incurables, l'usage du nitrite d'amyle a amélioré l'état de 8, en rendant la respiration plus libre et en diminuant les accès de fréquence et d'intensité. Il semble donc supérieur à tous les autres moyens par son action instantanée, et mérite ainsi d'être expérimenté. (*The med. Press.*, septembre.)

Épilepsie provoquée. A l'appui de cette doctrine émanée de M. Brown-Séquard, et dont l'importance serait si considérable si elle se justifie (voy. *année* 1872), voici un nouveau

fait confirmatif. Chez un soldat, blessé à la cuisse gauche par une balle le 7 novembre 1870, le projectile enfoncé profondément, quoique visible, n'avait pu être retiré. Le 26 février 1871, il y eut, pour la première fois, des crampes de courte durée, mais à partir du 3 mars, la violence des attaques était telle, qu'il était jeté en bas de son lit, et elles duraient environ deux heures. La plaie cicatrisée ne permettait plus de percevoir facilement le projectile. Les attaques diminuèrent et s'éloignèrent ensuite, mais elles étaient précédées de douleurs sur le trajet du nerf sciatique, sur le bassin et le long de la colonne vertébrale jusqu'à la perte de connaissance. La cicatrice, située à la partie antérieure de la cuisse, était douloureuse à la pression ainsi qu'à 3 centimètres plus bas. Sur la demande du malade, M. Schæffer tenta le 2 février 1872 la recherche de la balle. Une incision entre le demi-tendineux et le biceps permit de disséquer jusqu'au nerf et de l'isoler d'une cicatrice dure de tissu conjonctif, mais la balle ne fut pas trouvée. Un abcès consécutif avec fièvre s'ensuivit. En mai, l'opéré marchait avec des béquilles, et depuis lors les attaques épileptiformes n'ont plus reparu. (*Centralblatt*, mars.)

A l'appui des expériences de Westphal, qui l'a fait naître chez les cochons d'Inde en les frappant sur la tête (voy. *année* 1872), le docteur Kelp cite l'observation d'un marchand de trente-trois ans qui, en tombant, se blessa le nez et le front. Après avoir recouvré sa connaissance, il la perdit de nouveau quinze jours après et éprouva un violent mal de tête dans les bosses frontales. Vomissements et délire ensuite, sans convulsions. A l'entrée à l'hôpital, la blessure était peu sensible au toucher, mais très-vive à la piqûre d'une aiguille ; étourdissements, marche lente, incertaine, avec difficulté de jeter les jambes. De même des mains et de la langue. (*Irrenfreund*, juin.)

Beaucoup plus concluant est, au même point de vue, le fait suivant. Un homme de trente-neuf ans, fort et vigoureux, ayant reçu un coup sur le sommet de la tête en fut étourdi et éprouva ensuite des sensations étranges avec une vive douleur dans la grosseur résultant du coup. Quatre mois après, étant assoupi, il eut un accès, avec perte de connaissance, pendant cinq minutes, les yeux fixes et la bouche déviée à gauche. Ayant repris connaissance, il se retournait lorsqu'un nouvel accès semblable survint. Porté à l'hôpital le 23 avril, on

constate : des contractions spasmodiques dans tous les muscles du côté gauche, durant quelques minutes, avec engourdissement du bras et de la jambe. Grand mal de tête, nausées sans vomissements, peau froide et sèche, pouls à 96, langue sèche et épaisse, diarrhée, urines albumineuses, pupilles normales.

La paralysie s'accentue et les convulsions persistent avec plusieurs attaques par jour et, telle en est la gravité, que le malade est transporté dans le service de chirurgie de M. Cooper Forster qui pratique la trépanation le 1er mai. Bientôt les phénomènes morbides s'amendent, les accès diminuent, la paralysie disparaît, et, deux mois après, le malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri, sans attaque ultérieure. (*Lancet*, août, et *Arch. de méd.*, novembre.)

Il est vrai que, dans ce cas, une tumeur persistante du cuir chevelu pouvait rendre compte des phénomènes, que du pus en sortit, et que les accès n'étaient pas purement épileptiformes. Aussi l'épilepsie provoquée n'est-elle pas encore élucidée.

Injections ammoniacales. Conformément aux expériences faites, il y a peu de temps, par Billroth et Weber, MM. Liouville et Béhier ont observé des convulsions épileptiformes chez les lapins et les cobayes à la suite d'injections sous-cutanées de 2 grammes de carbonate d'ammoniaque. Très-peu de temps après, l'animal pousse des cris aigus, tombe dans les convulsions, puis le coma, et revient à la vie si la dose est faible. De 40 degrés, la température descend jusqu'à 32 en quelques heures, suivant la quantité injectée, comme M. Billroth l'avait déjà signalé.

M. Rabuteau a observé les mêmes phénomènes chez des chiens ayant reçu de l'ammoniaque dans les veines. Les sels d'ammoniaque étant instables, ils dégagent de l'ammoniaque dans le sang, ammoniaque qui, d'après lui, serait la cause des phénomènes convulsifs. (*Soc. de biol.*, mars.)

ÉRYSIPÈLE. Diagnostic. Pour constituer l'érysipèle vrai, selon M. Raynaud, l'élément inflammatoire ne suffit pas, l'élément spécifique est indispensable, c'est-à-dire les caractères qui le rapprochent des pyrexies, comme l'épidémicité et la contagiosité, l'intensité de la fièvre, l'apparition du délire, les complications viscérales, les parotidites, l'infiltration des tissus, la liquéfaction du sang, les abcès métastatiques, etc. ;

autrement ce n'est qu'une angioleucite. C'est ainsi que l'érysipèle de la face est très-rarement mortel parce qu'il n'est que cela, ayant un traumatisme, une plaie quelconque du nez ou d'ailleurs pour origine. C'est pourquoi ces angioleucites faciales sont si fréquentes et récidivantes chez les scrofuleux. Les rougeurs dans la variole, autour des eschares du sacrum et des mouchetures pratiquées sur la peau ne sont pas davantage des érysipèles. A ces angioleucites, on trouve ordinairement un traumatisme quelconque comme cause, et le liseré rouge classique, donné comme signe de l'érysipèle, n'est que la trace des groupes ou départements des lymphatiques enflammés. L'empâtement, la rougeur nettement circonscrite des téguments au deuxième ou troisième jour d'une piqûre anatomique, joint à l'engorgement douloureux des ganglions, simulent ainsi ce faux érysipèle, de même que le boursouflement, la turgescence, la rugosité de la face dans la morve aiguë, si l'on n'était prévenu autrement de la nature spécifique de ces affections. L'inflammation des lymphatiques, quelle qu'en soit la cause, se traduit d'une manière uniforme.

Une des meilleures preuves de la différence radicale de ces angioleucites érysipélateuses avec l'érysipèle vrai, est leur gravité relative chez les nouveau-nés. L'érysipèle puerpéral du nombril est constamment mortel, tandis que l'érysipèle, autour d'une pustule vaccinale ou d'une brûlure chez de tout petits enfants, est d'une remarquable bénignité. L'érysipèle vrai, au contraire, c'est-à-dire épidémique, coïncide toujours avec les épidémies de dysenterie ou de choléra, l'infection purulente et la fièvre puerpérale dans les hôpitaux, l'ophthalmie purulente, la stomatite ulcéro-membraneuse, la pourriture d'hôpital, le typhus des camps, la fièvre typhoïde et la grippe épidémique. Un agent infectieux serait donc, d'après M. Raynaud, la cause de cette différence de gravité. Son entrée et son cheminement par les lymphatiques expliquerait de même la différence de gravité de cet érysipèle avec les autres épidémies coexistantes, dont le poison de même nature pénètre directement dans le sang.

Les contradictions sur la contagion et les faits à l'appui s'expliqueraient aussi bien, car l'érysipèle serait beaucoup, peu ou point contagieux ; suivant le degré de contagiosité de l'agent infectieux dont il procède. C'est pourquoi le traitement topique ne peut avoir qu'une action très-problématique, car le collodion, pas plus que les vésicatoires, ne peut limiter la traînée

inflammatoire des lymphatiques. (*Soc. méd. des hôp.*, février, et *Union méd.*, n° 24.)

Des objections capitales se sont élevées à cet égard, car aucun signe différentiel, que la marche et la terminaison, ne pourrait guère distinguer l'angioleucite de l'érysipèle. Le liseré, le délire existent dans l'une et dans l'autre, la carphologie, les parotidites ne sont que des phénomènes ultimes.

Suivant M. Lailler, ce diagnostic différentiel peut s'établir aux signes suivants :

L'érysipèle de la face a toujours un bourrelet ; l'angioleucite n'en présente pas.

Au tronc, aux membres, de la plaque d'angioleucite partent des cordons qui vont aux ganglions; dans l'érysipèle, ces cordons n'existent pas.

Dans l'angioleucite, M. Raynaud dit que les phénomènes généraux sont peu graves, il y en a au contraire et de tout aussi importants que dans l'érysipèle. L'angioleucite n'est-elle donc jamais infectieuse? Que sont donc les localisations des lymphatiques abdominaux dans les maladies puerpérales?

Une épidémie toute récente, observée à Lyon par M. le docteur Chabalier, et localisée dans une maison de Sainte-Irénée, contredit cette étiologie, puisque les cas en ont été contagieux sans être mortels, d'après la relation suivante:

La maison est un immense couvent, composé de quatre couvents isolés, ayant dortoirs, cours, jardins, chapelles et réfectoires séparés. Chaque section vit d'une vie propre et n'a de point de contact que par les religieuses qui dirigent chaque section, et se trouvent réunies à certaines heures.

Une première épidémie a lieu, frappant huit jeunes filles dans l'une des sections. Elle s'éteint fin novembre, ou plutôt elle ne se continue en décembre que par deux sujets, une neuvième jeune fille et une religieuse.

Au bout du mois, en huit jours, neuf jeunes filles, dans une autre section, sont atteintes, et, six jours plus tard, une religieuse l'est également qui n'allait jamais dans la section, mais qui y passe cinq jours pour remplacer une de ses compagnes alors malade.

On parque les convalescentes jusqu'à complète desquamation, dans l'infirmerie, sans communication avec le reste de la maison, et l'isolement met fin à l'épidémie.

Cependant, une légère récidive a lieu chez une des jeunes

filles déjà guérie, et l'érysipèle était en pleine desquamation quand une autre jeune fille, jusque-là indemne, entre à l'infirmerie, s'endort sur l'oreiller qui avait servi à la malade, et contracte à son tour l'exanthème.

Quelques jours après, cette même malade, quittant définitivement l'infirmerie, rentre dans la classe et communique l'érysipèle à sa voisine de réfectoire.

Dans tous les cas, la tête fut tout entière envahie, l'éruption débutant par la face. Le gonflement se montra souvent considérable. Chez l'une des malades, l'érysipèle descendit jusqu'à la région lombaire. L'insomnie fut complète et persistante; la fièvre, très-variable, depuis 90 pulsations jusqu'à 140.

L'intensité des nausées, pendant les trois premiers jours, a été un des caractères distinctifs de cette affection. Cet accident était, en général, assez bien modifié par l'usage de l'ipéca, mais pas toujours, puisqu'il a fallu chez deux malades administrer la potion de Rivière à plusieurs reprises. Celles qui ont pu prendre le vomitif au début des premiers symptômes ont eu un érysipèle bien moins intense. Aucun des cas observés n'a été suivi de mort. (*Lyon méd.*)

Inoculation. A l'appui de la doctrine virulente de l'érysipèle, dont l'inoculabilité est le meilleur signe, le professeur Orth (de Bonn) a fait des expériences sur le lapin, desquelles il semble résulter, car rien n'est bien clair dans ses expérimentations, que la bactérie est ici l'élément inoculable comme dans la septicémie. Toutefois, dans aucun cas, le liquide inoculé n'a reproduit identiquement l'érysipèle.

C'est une inflammation *sui generis*, œdémateuse, gangréneuse, et dont la défervescence rapide, mesurée au thermomètre, est le caractère qui la rapproche davantage de l'érysipèle.

Sous toutes réserves, l'auteur conclut donc que l'érysipèle traumatique et épidémique résulte de la présence d'une substance délétère dans le sang, et notamment dans les liquides de la partie affectée, qui peut s'inoculer avec succès de l'homme aux animaux et de ceux-ci à d'autres animaux, comme il résulte de ses expériences. Cette substance serait la bactérie spécifique, globuleuse, mais sans être l'unique cause. (*Arch. für experim. pathol. und pharm.*, avril.)

Phlegmasies cardiaques. A mesure que l'attention se porte

davantage sur le fonctionnement du cœur, on en observe le trouble, l'altération, dans des maladies fébriles, où ils n'étaient même pas soupçonnés. Dès 1866, M. le docteur Jaccoud observait un premier exemple de complication cardiaque dans le cours de l'érysipèle de la face. Par ordre de fréquence, ces lésions sont : l'endocardite, la péricardite et la myocardite.

L'endocardite est surtout mitrale et donne lieu au signe physique d'une insuffisance aiguë : souffle systolique à la pointe avec ou sans frémissement. Ce signe et ce signe seul, indépendant de toute autre cause pouvant y donner lieu qu'un érysipèle concomitant, permet d'y rattacher cette lésion. Sa légèreté en fait l'innocuité, aussi passe-t-il souvent inaperçu et la résolution parfaite de cette endocardite l'a fait ainsi méconnaître pendant longtemps. A une seule exception près, elle n'a pas laissé de lésion valvulaire appréciable.

Plus rare, la péricardite ne se révèle que par des frottements plus ou moins étendus, avec ou sans bruits de galop. Elle ne s'est pas encore offerte isolée, ni survivant à l'érysipèle.

Plus rare encore, la myocardite ne peut être soupçonnée que par la faiblesse des battements après une agitation désordonnée. Si elle entraîne la mort, ce n'est que secondairement et par la gravité même de l'érysipèle. (*Gaz. hebd.*, n° 25.)

Globules blancs du sang. Tandis que M. Malassez n'a pu en constater l'augmentation, d'après l'analyse du sang d'érysipèles avec ou sans complication, M. Troisier en faisant cet examen dans trois cas, sous l'inspection de M. Vulpian, a constaté, au contraire, une augmentation notable du nombre de ces globules. (*Bull. de la Soc. anat.*, 3e série.)

Cette contradiction flagrante n'est-elle pas un exemple frappant du peu de crédit qu'il y a à faire de ces recherches ? C'est à croire que le microscope montre ce qu'on veut y voir, souvent au gré des observateurs ayant une doctrine à faire prévaloir ou à soutenir.

M. Renaut a constaté au microscope, non-seulement l'infiltration du derme par des leucocytes, comme M. Vulpian au début de l'érysipèle, mais il a constaté plus tard la plénitude et même la distension des vaisseaux lymphatiques par ces mêmes globules blancs avec inflammation dans certains points. La lymphangite semble donc bien prouvée anatomiquement, et cependant il se refuse à cette conclusion. (*Soc. de biol.*, mars.)

Les phlyctènes, suivant lui, sont formées par le soulèvement de la couche superficielle de l'épidermie et celle des cellules granuleuses sous-jacentes. L'exsudation fibrineuse qui les remplit contient des globules rouges et blancs et une matière fibrinogène abondante sous forme de tractus en arcade.

Quant aux granulations qui donnent à la peau l'aspect chagriné de la peau d'orange, elles résultent d'altérations des cellules dentelées et prismatiques du réseau de Malpighi comme dans la pustule variolique. Ces cellules deviennent vésiculeuses, se remplissent d'une substance granuleuse et fibrineuse, les noyaux s'appliquent sur les parois, et ces cellules sont ainsi réduites à l'état de cloisons circonscrivant une sorte de tissu caverneux. (*Idem.*, octobre.)

Traitement. *Collodion.* Cette discussion est née à propos des applications topiques faites autour de l'érysipèle par M. Broca (voy. *année* 1872) et préconisées par MM. Vidal et Bourdon. M. Raynaud en attribue le succès à ce que ce sont de simples angioleucites. Pour M. Féréol, au contraire, ce moyen pourrait réussir également contre l'érysipèle, car, si les ganglions sont bien réellement, comme le dit M. Raynaud, des barrières s'opposant à l'extension de la maladie et retardant la marche du virus, pendant que l'organisme l'élimine, rien de plus logique que de fortifier ces barrières par un enduit collodionné. On arrête ainsi l'absorption du virus rabique et des venins animaux par la ligature jetée sur un membre. Si c'est un empoisonnement, le mieux est de localiser le poison, comme on le fait dans toute intoxication. Si donc l'érysipèle vient du dehors et s'inocule par un contage ou une semence quelconque, le collodion, ainsi appliqué, peut s'opposer peut-être à la maturation de la graine et la tuer sur place avant qu'elle n'ait infecté l'économie. L'objection serait plus logique chez les partisans de la spontanéité morbide.

Il y a pourtant un danger possible. En concentrant le travail morbide sur un point limité, en le circonscrivant, au lieu de le laisser s'étaler librement, n'est-il pas à craindre de donner au mal une intensité parfois redoutable? L'érysipèle ne peut-il se transformer en phlegmon, en sphacèle? Ce serait pour la face surtout un irréparable malheur. M. Bourdon a conseillé de s'abstenir de recouvrir les paupières érysipélateuses de collodion dans la crainte d'y déterminer des eschares.

Sur trois applications de collodion, faites par M. Féréol, autour d'érysipèles de la face, un seul a été limité ; le second a dépassé la limite du collodion et le troisième a été mortel. (*Union méd.*, n° 36.)

Sur 11 cas survenus dans le service de M. le professeur Denucé (de Bordeaux), il a suffi, dans 10 cas, d'enfermer les premières manifestations de l'exanthème dans une barrière de collodion pour l'empêcher de s'étendre et en amener ainsi la guérison dans 8 cas par résolution, sans tendance au phlegmon ni à l'abcès. Sa marche envahissante est ainsi retardée et il suffit, lorsque la rougeur tend à s'étendre, de pratiquer des traînées excentriques à 2 ou 3 centimètres de distance pour le limiter définitivement. (*Bordeaux méd.*, n° 4.)

Reste toujours à appliquer la distinction de M. Raynaud. Si l'érysipèle dépend de la plaie dans ce cas et n'est qu'une simple lymphangite, il n'y a pas à s'étonner de pareils succès. L'infection ne serait que consécutive dans quelques cas.

Glycérolé de borate de soude. Appliqué topiquement par le professeur Salazar sur une malade atteinte d'érysipèle phlycténoïde de la face, datant de trois jours, entrée le 24 janvier, au n° 1 de la salle Saint-Just, à l'Hôpital-National, ce moyen amena une résolution immédiate. Dès le lendemain, tous les symptômes généraux et locaux avaient diminué notablement, et, le 26, la desquamation commençait. (*Amfiteatro anat. espagnol*, n° 5.)

Ce fait ne suffit pas à prouver l'efficacité de ce moyen, mais on peut l'essayer, et comme corps gras, largement appliqué, il n'y a que de bons effets à en attendre, mais non avec cette rapidité presque merveilleuse dans tous les cas.

Liniment oléo-calcaire. Les phlyctènes qui se forment sur les érysipèles qui ont une certaine intensité ont donné l'idée, à M. le docteur Tournié, d'une analogie avec celles qui sont produites par les brûlures.

Il a fait ainsi pratiquer des onctions, plusieurs fois par jour, sur la surface érysipélateuse, avec parties égales d'eau de chaux et d'huile d'amandes douces, et recouvrir ensuite de ouate, en poursuivant de ces mêmes onctions l'érysipèle partout où il s'étend. Ce traitement local, complété par des purgatifs, lui a toujours réussi. Quelques praticiens, et entre autres M. Blache, ont eu également à s'en louer. (*Union méd.*)

Érysipèle de la face. *Atrophie du nerf optique.* Deux cas, observés par lui, sont rapportés par H. Pagenstecher; mais, si dans l'un l'érysipèle fut spontané, il résulta directement, dans l'autre, d'un coup reçu sur l'œil gauche par une branche de vigne ayant fait une blessure à l'angle interne. Un frisson initial en résulta le soir même et l'érysipèle envahit tout le côté gauche de la face avec douleur dans le globe oculaire et difficulté à le mouvoir. Le gonflement étant dissipé après quatorze jours, le blessé reconnut qu'il ne voyait plus rien de son œil gauche.

A l'examen, outre la cicatrice de la blessure à la paupière supérieure, il y avait une parésie de l'élévateur de la paupière supérieure. Le globe était plus enfoncé que le droit, malgré une consistance normale et une insensibilité absolue.

L'ophthalmoscope montra les milieux réfringents clairs, la papille blanche et à bords aigus, l'atrophie du tissu rétinien très-prononcée; de petits filaments vasculaires partant de la papille se perdent de vue à une petite distance. L'œil droit est parfaitement emmétrope. L'atrophie peut donc être attribuée au traumatisme plutôt qu'à l'érysipèle.

La spontanéité de celui-ci, dans le premier cas, chez un brasseur, commande, au contraire, d'y rapporter exclusivement cette lésion. Après trois semaines que dura cet érysipèle de la face et de la tête, le malade s'aperçut que sa vue avait beaucoup diminué. Aucun rétrécissement circulaire du champ visuel, mais une zone très-marquée de la vision centrale est obscurcie. Transparence des milieux réfringents; papilles d'un blanc rougeâtre et à bords très-nets; *lamina cribrosa* apparente; vaisseaux peu nombreux et artères très-petites. Aucune altération appréciable dans la *macula lutea*, ni dans la portion périphérique de la rétine; son atrophie n'est même pas signalée. (*Ann. d'ocul.*, mai et juin.)

L'altération, signalée comme un nouvel effet de l'érysipèle, se réduit donc à bien peu de chose.

Influence sur la syphilis. — Voy. *ce mot.*

ESTOMAC. *Dilatation.* A l'exemple de Küssmaul (voy. *année* 1870), M. Leven a employé la pompe aspiratrice pour retirer la masse de liquide que les malades vomissent incessamment. Dans un premier cas, la quantité du liquide vomi, à réac-

tion acide non albumineux, était de 2 à 3 cuvettes par jour depuis longtemps. Pour calmer ses douleurs, le malade provoquait même le vomissement. La sensibilité de l'estomac s'étendait jusqu'à l'ombilic. Il n'y avait pas trace de sang dans les vomissements ni dans les selles. L'amaigrissement était considérable, la quantité d'urine rendue en même temps était très-rare.

Aspirant avec une seringue adaptée à la sonde œsophagienne, M. Leven retira chaque jour durant trois mois, 1 à 3 litres de liquide. Après trois jours seulement, le malade put manger, et grâce à cette méthode, on vit l'estomac diminuer de jour en jour.

Chez un second malade, vomissant un liquide neutre, filant, contenant des débris de cellules, il a suffi de retirer ou plutôt d'aspirer le liquide pour rétablir les fonctions de l'organe, seulement distendu, de même que cela se passe dans la vessie.

M. Leven considère cette dilatation de l'estomac comme une forme non décrite de dyspepsie, tandis que pour M. Charcot l'ulcère simple en est la cause la plus fréquente. Il importe donc que pour élucider ce point étiologique, tous les symptômes soient notés avec une grande précision. (*Soc. de biologie*, janvier.)

L'existence d'un rétrécissement de l'œsophage peut être un obstacle à l'emploi de cette méthode. C'est ainsi que chez un empoisonné par le laudanum, trois pintes de liquide ayant été bues pour faire ensuite l'aspiration stomacale, la sonde œsophagienne ne put être introduite, non plus qu'une sonde plus fine. On provoqua, à ce défaut, des vomissements abondants avec le sulfate de zinc, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber trois jours après, sans aucun symptôme narcotique. Il y avait des douleurs dans la gorge et impossibilité d'avaler les aliments.

L'autopsie montra un rétrécissement de l'œsophage, avec déchirure de la paroi placée au-dessus, et très-amincie en cet endroit. Si ce fait ne contre-indique pas l'emploi de la pompe stomacale, il prescrit au moins la prudence en pareil cas. (*Lancet*, août.)

Dilatation aiguë. M. Hilton Fagge décrit sous ce titre 4 observations dont les symptômes physiques sont ceux de la dilatation chronique ; mais dont la gravité est plus grande. La mort s'en est ainsi suivie dans 2 cas, sans que l'autopsie ait montré d'autre altération qu'une dilatation excessive de l'esto-

mac. Des lésions étrangères existaient dans les deux autres.

Dans cette espèce de dilatation, la distension excessive de l'estomac, en affaiblissant la tunique musculaire, abolit tout mouvement péristaltique et produit la réplétion de l'hypochondre ; signes différentiels de la dilatation chronique. La mort peut en résulter ainsi en quelques jours.

Les signes fonctionnels sont : yeux enfoncés, physionomie anxieuse, odeur nauséeuse de l'haleine, vomissements très-abondants, pouvant cesser par la paralysie de l'estomac ; constipation, urines rares.

L'auteur recommande également l'emploi de la pompe stomacale.

L'ouverture du corps montre parfois l'estomac tellement dilaté qu'il est le seul organe visible au-dessous du foie. Vidé, il reprend son volume normal, et n'offre plus d'autre signe que de légères lacérations de ses tuniques. (*Guy's Hospital report*, vol. XVIII.)

Suivant M. Cornil, le rétrécissement de l'orifice pylorique, produirait cette dilatation. Chez une femme morte d'inanition, l'autopsie montre une dilatation de l'estomac consécutive à ce rétrécissement causé par l'hypertrophie de la tunique musculeuse. Le fait suivant semble confirmer cette opinion.

Estomac en sablier. *Hour glass stomach avec cicatrices.* Observation d'une forme aussi curieuse que rare d'un rétrécissement de l'estomac observé et constaté par le docteur Jago, à l'infirmerie royale de Cornwall, sur une infirmière de cet hôpital, âgée de cinquante-trois ans. Veuve avec enfant, elle a cessé d'être menstruée de trente-huit à trente-neuf ans, et a toujours été depuis lors infirmière en chef de la salle des blessés, où elle déployait une grande activité. Il y a huit ans qu'elle vomit pendant plusieurs semaines la plus grande partie de ses aliments. Ces vomissements reparurent six mois environ avant sa mort, sans que l'on pût, par l'examen, déceler aucune tumeur, ni altération viscérale quelconque. Absence de douleur, langue nette, appétit irrégulier. La sensation des aliments dans l'estomac n'est perçue que par un mouvement de va-et-vient ; jusqu'à ce qu'ils soient douloureusement vomis une heure après l'ingestion, et plus tard, si elle reste au lit. Ils n'ont subi aucune trace de digestion et ne laissent pas d'acidité dans la bouche.

On crut ainsi à une obstruction squirrheuse de l'orifice pylorique, et cette femme succomba dans une extrême émaciation.

L'autopsie montra l'estomac divisé à peu près également en deux, en forme de sablier, par un rétrécissement extrêmement étroit ne pouvant recevoir l'extrémité de l'index. Des traces de trois cicatrices existaient sur la muqueuse, au voisinage du rétrécissement dans la moitié pylorique.

Suivant le docteur Jago, c'était là une malformation congénitale, car cette femme depuis son séjour à l'hôpital, mangeait plus que toutes ses compagnes, mais en y mettant le double de temps. Le rétrécissement ne présentait rien de pathologique, et il est probable que les ulcérations ne sont survenues que pendant les derniers temps de la vie (*Med. Times*, octobre 1872.)

EXERCICE. Par une convention entre l'empereur d'Allemagne et le gouvernement belge, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, et vétérinaires, de l'une et l'autre nationalité, exerçant dans les communes limitrophes des deux pays, sont autorisés à exercer réciproquement sur les territoires de l'État voisin, mais sans pouvoir délivrer eux-mêmes les remèdes, si ce n'est en cas de mort imminente, ni sans pouvoir s'y fixer, ni y établir un domicile sans se conformer aux lois en vigueur. C'est là une mesure que devraient prendre tous les États voisins et qui devrait surtout s'appliquer aux officiers de santé dans les divers départements limitrophes.

Par décret en date du 23 août: Les officiers de santé et pharmaciens de 2e classe, qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine, de l'École supérieure de pharmacie ou de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer.

EXPECTORATION. *Expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse.* — Voy. Thoracentèse.

F.

FIBROMES. Fibromes utérins. Peu volumineux, dans certains cas rares, il est vrai, ils peuvent rester confinés dans le

bassin et comprimer l'intestin au point de déterminer l'occlusion intestinale. M. le docteur Faucon en relate cinq exemples. Quel traitement leur appliquer alors? sera-ce les injections interstitielles, résolutives ou atrophiques, comme le propose M. Guéniot? Les accidents péritonéaux qu'ils provoquent, dans ces cas, ne permettent pas, suivant M. Dolbeau, de compter sur le succès. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Injections d'ergotine. En confirmation des succès publiés récemment par le docteur Hildebrant (voy. *année* 1872), M. John Clay en a obtenu un non moins remarquable à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, sur une femme de vingt-huit ans, mariée, ayant eu trois enfants. Règles abondantes, hémorrhagies, écoulement abondant et fétide, émaciation. Hypertrophie de l'utérus distinctement perçu au-dessus du pubis. Col ouvert, dur. Tumeur du fond de l'utérus.

Après avoir restauré la malade, des injections hypodermiques, avec trois gouttes d'une solution concentrée d'ergot, furent pratiquées journellement dans la région hypogastrique. Après trois semaines, la saturation de l'économie se manifestait par des douleurs du siége et de la céphalalgie. Les règles furent moins abondantes dès la première époque. Elles étaient revenues à l'état normal trois mois après une centaine d'injections; l'utérus n'était plus perçu au-dessus du pubis et la tumeur avait diminué de volume sensiblement; le col était moins contracté. L'écoulement avait cessé et l'état général très-amélioré. Si ce n'est pas là une guérison complète, on peut donc l'espérer de la continuation du traitement. (*Lancet*, mai.)

Un autre succès de ce nouveau mode de traitement a été obtenu par le docteur Keating, et communiqué au Collége des médecins de Philadelphie. C'était un fibrome sans muqueuse, chez une femme faible et anémique, en raison des abondantes hémorrhagies répétées qu'elle avait subies. Après seize injections faites en dix-huit jours au-dessous de l'ombilic, avec vingt gouttes d'une solution d'ergotine, le polype était réduit au tiers de son volume et tendait à être expulsé du col. Toute hémorrhagie cessa.

Mais d'autres effets graves ont été observés. Dès la première et la seconde injection, le pouls s'éleva immédiatement de 76 à 90, ainsi que la température, et une excessive douleur locale résulta de la piqûre, dont l'inflammation tendit à s'abcéder. En

les faisant plus profondément et jusque dans la couche musculaire, ce dernier inconvénient cessa, sauf la douleur brûlante. Mais des nausées, des vomissements, le refroidissement des extrémités, une constriction cardiaque, la faiblesse et la diminution des battements du cœur suivirent les injections subséquentes et persistèrent même après. Si donc ces accidents doivent être attribués en partie à l'idiosyncrasie de la malade, il n'y a pas moins lieu d'employer ces injections avec prudence.

Renouvelé dans un cas semblable par le docteur Ashurst jeune, à l'Hôpital épiscopal, sur une convalescente d'une péritonite consécutive à une tentative d'écrasement d'un polype sous-muqueux de la paroi antérieure de l'utérus, ce traitement amena une réduction de moitié du volume du polype après seize injections consécutives. Aucun des accidents signalés dans le cas précédent ne se montra dans celui-ci. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Fibro-sarcome du péritoine. Un cas remarquable en a été observé par le docteur Valerani, chirurgien de l'hôpital du Saint-Esprit de Casale, sur une femme mariée de vingt-six ans, petite, pâle et lymphatique. Développé sans cause connue, un an auparavant, il s'accrut rapidement pendant l'allaitement d'un second enfant. Du volume d'un gros œuf de poule, il acquit en deux mois celui d'une tête de fœtus à terme. De forme oblongue, bilobé, il est situé au niveau de l'ombilic, parfaitement mobile et comme sous-cutané.

L'excision en fut résolue et pratiquée sous l'influence anesthésique du bichlorure de méthylène. Le lobe le plus volumineux fut trouvé adhérent au péritoine qu'il fut nécessaire d'exciser avec lui ; l'autre avait des adhérences aponévrotiques et musculaires qu'il fallut également exciser. Bref, ce fut une opération délicate et laborieuse, mais sans hémorrhagie sérieuse. La plaie fut réunie et des vessies remplies de glace appliquées dessus. Malgré une réaction intense, la guérison eut lieu sans complications notables.

L'examen de la tumeur, qui pesait 560 grammes et mesurait 9 centimètres de long sur 9 de large, montre un tissu lardacé, compacte, d'un blanc grisâtre, peu vasculaire. A l'état frais, comme après la macération dans l'alcool, le microscope y décela un grand nombre de cellules fusiformes, allongées, fasciculées, disposées en groupes et de toutes proportions, selon les carac-

tères du fibro-sarcome de Virchow ou de la variété *fasciculée* de la tumeur fibro-plastique de Lebert.

En recherchant dans la littérature médicale, l'auteur a trouvé la citation de 10 cas semblables qu'il signale, tous observés chez des femmes jeunes, dans l'état de grossesse ou d'accouchement, et tous opérés avec excision du péritoine par des chirurgiens célèbres : Riberi, Roux, Bouchacourt, Billroth. (L'*Osservatore di Torino* ou *Gazz. delle clin.*, octobre.)

FIÈVRES. *Influence sur les globules.* — Voy. Sang.

Fièvres palustres. *Sulfate de quinine et alcool.* Dans un cas de fièvre quarte, contractée en Algérie et récidivée, M. Hérard fit administrer, quinze minutes environ après le début du frisson, 75 centigrammes de sulfate de quinine, en une seule fois dans un petit verre d'eau-de-vie. Une heure après, la température s'élevait à 40°,8 en abrégeant la durée du frisson ainsi que l'abondance et l'intensité des sueurs. L'accès fut moins fort, et sans aucun autre médicament, la fièvre a été coupée du coup et n'avait pas reparu un mois après, que le malade sortit de l'Hôtel-Dieu. Au point de vue des accès pernicieux, ce mode peut surtout avoir des avantages pour agir rapidement. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

Seigle ergoté. M. le docteur Duboué (de Pau) conclut de ses expériences avec cet agent que ayant la même action physiologique que le sulfate de quinine, il jouit des mêmes propriétés thérapeutiques. Il a guéri 14 fièvres palustres rebelles sur 15.

Eucalyptus. Expérimenté par M. le docteur Burdel à Vierzon en Sologne (voy. *année* 1872), ce médicament n'a eu qu'une action incertaine ou momentanée. Sur 123 malades atteints de fièvres de divers types (58 enfants, 22 femmes et 43 hommes), il n'y a eu que 11 guérisons sans récidive, 55 avec récidive après 5 à 9 jours et 57 cas rebelles. 22 fiévreux ont été admis à l'hôpital pour être soumis à son usage, mais 6 ont guéri spontanément en 8 à 10 jours par le repos, le régime et l'hygiène. Sur les 16 autres, 8 ont guéri; c'est donc seulement 3 guérisons définitives à domicile ; ce qui montre l'influence adjuvante du séjour de l'hôpital sur son succès.

Dans tous les cas de cachexie palustre, le traitement a com-

plétement échoué, quelle qu'ait été la préparation d'eucalyptus administrée. Ce succédané du quinquina n'est donc pas plus sûr que tant d'autres déjà préconisés. (*Bull. de thér.*, mai.)

M. Castan conclut tout autrement. Continuant ses recherches pendant les mois d'août, septembre et octobre 1872, c'est-à-dire sur des fièvres automnales n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée, il a obtenu une proportion de succès supérieure à ses premières tentatives (voy. *année* 1872). En élaguant 21 expériences faites avec la teinture et n'ayant pas donné de succès, ou avec l'extrait à des doses trop minimes, il en reste 44 dont 33 succès, c'est à-dire les 3/4. La plupart ont été obtenus sur des fièvres à rechute, paludéennes, contractées en Camargue ou sur le littoral et d'abord coupées par la quinine. La dose la plus favorable de l'extrait est de 1 à 2 grammes par jour; plus élevée, les succès sont moindres. La poudre et la feuille n'avaient donné l'année passée qu'un peu plus de la moitié de succès. (*Montp. méd.*, juin.)

La différence des résultats paraît donc provenir de la préparation employée; la précaution prise par M. Burdel est cependant à recommander partout.

Sur 19 fébricitants, traités exclusivement par l'eucalyptus, M. le docteur E. Kirchberg, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, en a guéri 15 avec la précaution de continuer l'usage du médicament pendant quelque temps, après la guérison, pour prévenir la récidive. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Laurus nobilis ou laurier d'Apollon. Indiqué par M. Gustave Doray, pharmacien à Saint-Lô, invoquant des succès remarquables. Sur 34 cas de fièvres intermittentes et même d'accès réfractaires au sulfate de quinine, 28 guérisons auraient été obtenues. Il n'y a eu d'insuccès que dans les fièvres quartes.

Voici le mode de préparation et d'emploi : faites dessécher les feuilles vertes dans un brûloir à café sur le feu jusqu'à dessication sans leur faire subir d'altération. Pilez et réduisez en poudre assez fine.

1 gramme de cette poudre macérée pendant 10 à 12 heures dans un verre d'eau froide que l'on fait prendre deux heures avant l'invasion présumée de l'accès. Celui-ci est prévenu aussitôt sans aucun autre régime ni traitement. On répète cette dose trois fois de suite.

Fièvres intermittentes non paludéennes. Une femme ayant été atteinte d'accès de fièvre paludéenne guéris par la quinine, fut atteinte ensuite, dans cinq grossesses consécutives, d'accès quotidiens pendant les premiers mois, rebelles à la quinine et cessant spontanément du 4e au 5e mois.

D'où le professeur Abel Jordaô (de Lisbonne) infère cette théorie que l'irritation du grand sympathique, déterminée par la présence du fœtus et favorisée par l'anémie, est la cause de ces accès. Une femme atteinte de métrite a ainsi éprouvé des accès quotidiens, puis tierces. Les suppurations profondes des poumons et du foie déterminent ainsi des accès intermittents. L'irritation d'un organe suffit même parfois.

Contre de semblables pyrexies, M. Jordaô croit que le meilleur traitement est de restaurer le sang et de stimuler l'innervation par le fer et la strychnine et un régime alimentaire tonique et corroborant, plutôt que de donner la quinine, sinon dans quelques cas particuliers pour échapper à un danger imminent. (*Soc. des sc. méd. de Lisbonne* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 19.)

Fièvre herpétique. Elle ne comprend plus seulement un ensemble de symptômes tel que M. Parrot l'a formulée (voy. *année* 1872). Renchérissant sur cette idée nosologique qui en fait un genre spécial, M. Horand, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille de Lyon, y rattache le pemphigus aigu, fébrile, dans un mémoire sur ce sujet, fondé sur deux observations qu'il rapporte. Et généralisant, sans être retenu par la nature et les caractères distincts de l'exanthème, il place à côté l'herpès généralisé fébrile, contre l'avis de M. Coutagne, et même la varicelle, qu'il considère non comme des maladies distinctes, mais de simples variétés de la fièvre herpétique (*Soc. de méd.*, juillet, et *Lyon méd.*, n° 16). C'est ainsi qu'en forçant un peu la note, il est possible de trouver des raisons pour et contre, en faveur de telle ou telle doctrine en particulier. La suppuration des vésicules d'herpès et son absence dans les bulles du pemphigus suffisent à justifier leur distinction.

Fièvre typhoïde. M. Davaine en fait une septicémie d'après ses inoculations du sang des typhisés aux lapins et la mort consécutive de ceux-ci. Et comme il élève le lapin au rôle de réactif septicémique par excellence, — ce que toutes les expérimentations faites pour vérifier les siennes ont hautement con-

firmé, — cette induction devrait être acceptée. Mais les résultats négatifs de MM. Vulpian et Béhier, en répétant l'inoculation du sang des typhisés aux lapins, mettent cette prétention à néant. — Voy. Septicémie.

Contagion par le lait. A la fin d'avril 1872, deux décès de fièvre typhoïde étaient signalés à Armley, village près de Leeds, en Angleterre. Le 17 mai, deux nouveaux cas furent observés par le médecin communal et l'un des malades était un laitier qui avait contracté la maladie dans une localité voisine. Aucun cas ne survint ensuite jusqu'au 20 juin qu'une maison, près de celle du laitier, fut envahie et dans laquelle il y eut successivement 6 typhisés jusqu'à la fin d'août. C'étaient là les avant-coureurs d'une épidémie qui, dans la semaine du 30 juin au 6 juillet, envahit 12 maisons, 11, 10, puis 16 dans les semaines suivantes, pour tomber subitement à 2, comme elle avait commencé. 68 maisons furent ainsi envahies en 17 semaines et 107 personnes atteintes, dont 11 succombèrent.

L'attention fut bientôt attirée par l'espace limité dans lequel sévit cette épidémie de fièvre typhoïde, frappant également les riches et les pauvres, et, sauf de rares exceptions, atteignant plusieurs membres de la même famille. M. Ballard, inspecteur sanitaire du gouvernement, fut envoyé sur les lieux pour faire une enquête, et il fut bientôt prouvé que, sauf une famille, les premières victimes faisaient toutes usage du lait pris chez le laitier tombé malade le premier. Une inspection de maison à maison prouva que sur 449, dont se compose le district où ce laitier vend son lait, comptant 2245 habitants, 132 étaient fournies par le laitier en question, et sur les 68 maisons envahies, 51 se fournissaient du lait incriminé. En somme, 37,8 pour 100 seulement de celles qui se fournissaient ailleurs avaient été malades. La proportion était donc accablante et ne pouvait être imputée au hasard. Il s'agissait de rechercher la cause de l'infection de ce lait.

On découvrit alors qu'un puits, placé dans la cour du laitier et dont l'eau servait à ses usages domestiques, recevait des infiltrations des latrines où les excrétions du laitier typhisé étaient déposées pendant sa maladie. C'est une quinzaine après que ces eaux avaient ainsi été infectées que l'épidémie éclata tout à coup et qu'elle cessa de même alors que le puits, dont l'eau était probablement mêlée au lait, fut fermé par ordre supérieur.

Peu de temps après, le même fait se reproduisait à Londres, dans l'un des quartiers les plus riches et les plus salubres : à Marylebone, où un grand nombre de familles se fournissant chez le même laitier, étaient indistinctement atteintes, riches comme pauvres. Il s'agit donc de savoir comment le lait est ainsi infecté et comment, soumis à l'ébullition, il conserve ses propriétés infectieuses. Provenant de diverses fermes, il n'est guère permis de croire qu'il soit infecté primitivement. C'est donc dans la laiterie centrale qu'il acquiert ces propriétés nocives, soit par l'eau et les vases, soit par l'absorption de particules, d'effluves ou d'odeurs que retiennent les particules grasses. Ce sont là les questions à résoudre, car en Angleterre la contagion même n'en est déjà plus une.

Hémorrhagies intestinales et leurs variétés. La bénignité ou la gravité de ces hémorrhagies résulte, suivant le docteur Maclagan, de leur origine anatomique différente. Celles qui surviennent au début de la fièvre typhoïde résultent ordinairement de la rupture des capillaires de la membrane muqueuse. Peu abondantes en général, elles sont le plus souvent utiles, bienfaisantes, salutaires, par le dégorgement qu'elles amènent dans les parties hypérémiées. Ce sont les hémorrhagies *innocentes* ou *salutaires* de Graves et de Trousseau.

Celles qui surviennent plus tard, pendant la période ulcérative des *plaques dures* ou *primitives* de Louis, si elles ne sont pas aussi bienfaisantes, ne sont guère dangereuses. Elles proviennent ordinairement du réseau circulatoire de la muqueuse ou du tissu sous-muqueux, dont les vaisseaux sont trop déliés pour les rendre abondantes et dangereuses. Elles sont insignifiantes, rares, sans gravité et ne réclament aucun traitement ; mais il est difficile de les distinguer d'avec les suivantes.

Les hémorrhagies de la membrane musculeuse sont toujours, au contraire, une source de danger par le volume plus considérable des vaisseaux qui sont lésés et leur abondance ; elles peuvent être immédiatement fatales et résultent de la rupture des vaisseaux par l'ulcération des plaques molles ou secondaires qui envahissent profondément la paroi musculeuse. Leur apparition tardive et leur abondance en sont les caractères. On peut les prévoir, les annoncer, dans certains cas, par la pâleur et la prostration des malades, la faiblesse du pouls, l'abaissement subit de la température. Le pronostic en est toujours très-grave,

et un traitement énergique est nécessaire. (*Lancet*, février.)

Ces distinctions anatomiques auraient une grande importance clinique si elles étaient réelles ; mais il n'est pas rare de voir des hémorrhagies ultimes pour ainsi dire et abondantes juger la fièvre typhoïde et être suivies rapidement d'une heureuse convalescence, et *vice versâ*. Si ce sont là des exceptions, la statistique devrait au moins le prouver. L'auteur, en négligeant cette preuve importante, a donné à son mémoire un caractère d'*a priori* qui n'entraîne pas la conviction.

Essence de térébenthine. De même qu'elle a été employée contre les hémorrhagies des muqueuses, le docteur Weed l'a administrée à la dose de 20 à 30 gouttes dans les entérorrhagies pendant la période d'acuité de la dothiénentérie. Cinq succès rapportés à l'appui justifient cette pratique rationnelle. (*Buffalo med. and surg. Journal*, août 1872.)

Eschares. Une solution d'hydrate de chloral au 100e en lotions, puis en compresses, a été très-efficace contre une vaste eschare du sacrum, mesurant 12 à 15 centimètres de diamètre, qui avait résisté pendant quinze à vingt jours aux pansements ordinaires, chez une fille de dix-huit ans, atteinte de fièvre typhoïde. La plaie formait une bouillie noirâtre d'une extrême fétidité. M. Dujardin-Beaumetz pansa alors avec cette solution, et, dès le lendemain, l'odeur fétide avait disparu. Après cinq jours, les parties gangrénées étaient tombées et une vaste plaie rose, vermeille, bourgeonnante, y succéda, qui alla en diminuant jusqu'à la sortie de la malade de la Maison municipale de santé.

Dans deux cas semblables, M. Martineau a imité cet exemple après l'échec des moyens ordinaires. Sous l'influence des solutions chloralées, les plaies prirent un meilleur aspect et se cicatrisèrent rapidement.

M. Martineau ajoute 4 à 5 cuillerées d'alcoolat d'eucalyptus pour 1000 grammes d'eau chloralée dans les cas de fétidité. (*Soc. méd. des hôp.*, avril, et *Union méd.*, nos 62 et 63.)

Complications. M. Siredey a observé dans son service de l'hôpital Lariboisière un abcès survenu dans chaque grande fièvre, lors de la convalescence d'une jeune fille vierge, de dix-sept ans ; complication non signalée et qui semble l'analogue

des parotidites à marche rapide. Ce fut un engorgement très-douloureux du sein droit dans un autre cas. Mais la plus remarquable fut une éruption scarlatiniforme généralisée, apparue le quinzième jour, chez un garçon de dix-huit ans. Dès le lendemain, de larges soulèvements de l'épiderme, par de la sérosité, existaient en maints endroits. Absence d'angine et d'albuminurie. L'éruption s'étendait en une rougeur foncée, uniforme, régulière, sans apparence granitée ni saillies granuleuses. Ce fut immédiatement d'immenses bulles remplies de sérosité. Le corps était comme couvert d'immenses brûlures aux deux premiers degrés avec douleur et prurit, et surtout soif excessive. Une desquamation par larges plaques s'ensuivit. Il se détacha comme une large semelle à la plante du pied et les mains se dépouillèrent complétement.

Le traitement se composa de deux litres de bière et d'autant de tisane vineuse par jour; 120 grammes d'infusion de café avec moitié eau-de-vie, et 2 grammes d'extrait mou de quinquina. Toute la surface du corps était saupoudrée d'amidon. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, novembre.)

Recrudescence, *rechute*, *récidive* ou *récurrence*. Chez un jeune garçon atteint de fièvre continue typhoïde, à forme muqueuse, avec taches lenticulaires, la température baissa du quatorzième au quinzième jour. Elle augmentait seulement le soir. Au vingt-quatrième jour, elle s'éleva de nouveau, et le pouls de 80 remonta à 120 avec accablement. De nouvelles taches lenticulaires parurent au sixième jour. C'était une rechute ou une récidive. Au trente-cinquième jour, la fièvre cessa de nouveau, avec accès le soir, contre lesquels le sulfate de quinine resta sans effet.

Le malade avait repris ses forces, lorsqu'au cinquante-quatrième jour apparut une recrudescence nouvelle qui dura douze jours, sans éruption nouvelle de taches. La fièvre tomba subitement en deux jours. Un quatrième accès, avec phénomènes généraux sans taches, survint quelques jours après et se termina ensuite brusquement. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, anvier.)

Il y aurait donc rechute dans le premier cas et recrudescence dans les deux autres, suivant la nosologie adoptée. Mais pour M. le docteur Santopadre, ces rechutes et ces récidives, voire même les simples recrudescences, seraient les signes d'une

formo spéciale do fièvro typhoïde récurrente, justiciable du sulfate de quinine ou des préparations arsenicales comme antipériodiques. Une observation est relatée à l'appui de cette opinion. Un garçon de trente-deux ans, après un mois de fièvre typhoïde grave, avec hémorrhagies intestinales, entra en convalescence le 10 novembre, lorsque, six jours après, il fut repris subitement et sans cause appréciable de frisson, fièvre intense, vomissement, diarrhée, tremblement et délire. La liqueur de Fowler fut donnée à dose croissante de 5 à 15 gouttes par jour. L'apyrexie était complète dès le troisième, et la guérison fut définitive. (*L'Osservatore di Torino*, n° 7.)

A ce cas, nous pourrions en ajouter un second, en tout semblable, guéri par les préparations de quinquina. Nous ne voudrions pas conclure pourtant à la récurrence, car le tannate de quinine n'avait pas également réussi. Ne faut-il pas admettre plutôt qu'il y a eu trouble digestif dans le cas de l'observateur italien? La récurrence est d'autant moins probante qu'il admet avec M. Potain, que ces accès sont déterminés par la formation de nouveaux ulcères intestinaux.

Forme ambulative ou *apyrétique*. Réagissant contre les lois trop absolues que l'usage du thermomètre dans les maladies a fait admettre sur la température de la fièvre typhoïde, notamment par les Allemands, comme le prouve celle-ci posée par Wunderlich : *Toute maladie qui, au soir du quatrième jour, n'atteint pas encore* 39°,5, *n'est pas une fièvre typhoïde*, M. le docteur Vallin montre qu'il est au moins des exceptions à cette règle. Après un historique indiquant que les termes de *fièvre lente nerveuse, fièvre maligne lente*, employés par Huxham, Rœderer et Wagler, ou de *typhus ambulatoire*, ont bien pu s'appliquer à ces cas de fièvre typhoïde apyrétique, il signale les cas observés et relatés par MM. Louis, Trousseau, H. Roger et Jaccoud, il rapporte deux observations où la température prise, exactement matin et soir, n'a pas dépassé 39,4 et 39,6 à l'apogée de la fièvre et au moment de la mort. Dans le second cas, en effet, la mort est survenue le huitième jour, après quinze à vingt jours d'un état de dépression mal défini, avec toutes les lésions les plus marquées de la fièvre typhoïde, jusqu'aux dégénérescences musculaires. (*Arch. génér. de méd.*, novembre.)

Ce mémoire est une revendication des droits de la clinique pratiquée surtout par l'école française sur ce positivisme ma-

thématique que l'école allemande a surtout contribué à faire prévaloir en médecine, à l'aide de ses recherches anatomo-microscopiques, de ses expériences sur les animaux et de l'emploi exclusif des moyens physiques d'expérimentation, qui ne peuvent servir au contraire que d'adjuvants utiles, au lieu d'être les moyens principaux.

Fièvre à rechute. *Filaments mobiles du sang.* Les cercles médicaux de Berlin ont été, paraît-il, dans un grand émoi, à l'annonce récente de cette nouvelle grande découverte d'infiniment petits, faite à la Société de médecine de Berlin par le docteur Obermeier, médecin de l'hôpital de la Charité. Il s'agit de filaments particuliers, analogues aux filaments fibrineux les plus ténus, d'une longueur de trois globules rouges et d'un contour très-délicat. Ils émergent dans le plasma parmi les globules rouges. Leurs mouvements s'observent tant que le sang reste frais, mouvements non ondulatoires comme dans les filaments, mais actifs, jouissant d'un véritable pouvoir de locomotion qui leur permet de traverser le champ microscopique de la vision. Des contractions en spirale, qui leur sont particulières, les font paraître et disparaître alternativement.

Découverts en examinant au microscope le sang des victimes de la fièvre à rechute ou récurrente qui sévissait alors à Berlin, ces corps filamenteux nouveaux ont été vérifiés et constatés par MM. Virchow, Frerichs et Langenbeck. Ils se rencontrent exclusivement dans le sang de ces malades, et alors seulement qu'il est extrait pendant les accès. On ne les retrouve plus dans l'intervalle ni dans le sang des personnes bien portantes ou atteintes d'autres affections zymotiques. Les plus grandes conséquences pour la pathogénie de la fièvre à rechute sont naturellement augurées de cette nouvelle découverte microscopique ; nous verrons ce qu'il en adviendra.

Fièvre diphthéroïde. Bien que la diphthérite ne soit pas rare dans le nord de la Chine, et que les fièvres intermittentes abondent surtout aux environs de Pékin, M. Harrison Gray, chirurgien de marine, qui a navigué dans ces parages, croit devoir distinguer une pyrexie spéciale endémique qu'il y a observée et non encore décrite. C'est la fièvre diphthéroïde. Lassitude progressive, anorexie, constipation, puis frisson, fièvre, chaleur de la peau et parfois même rougeur, éruption roséoli-

que passagère avec douleur constante de l'abdomen, spécialement dans la région hypogastrique avec tympanite, en sont les premiers symptômes. Le malade ne se plaint pas de la gorge, elle est insensible à la pression externe ; mais si on l'examine, on trouve, comme signe presque pathognomonique, la langue d'un aspect de brique non cuite — *unbaked brick* — avec ses bords rouges, et dès le second jour, de petites plaques membraneuses cendréos sur la luette et la paroi postérieure du pharynx, les amygdales et parfois même le larynx. Elles se détachent facilement et se reproduisent à deux ou trois reprises. Les ganglions cervicaux sont engorgés. La déglutition n'est gênée que dans les cas graves. Une paralysie locale temporaire se montre parfois, et la mort peut survenir dès le début. La plupart des malades guérissent du dixième au quinzième jour, sans récidive ni trace d'aucune sorte. (*The Amer. journ. of med. sciences*, janvier.)

N'est-ce pas là une simple angine diphthéritique plutôt qu'une fièvre essentielle ? Au lieu d'en montrer les différences et les analogies avec la diphthérite, l'auteur en a fait un tableau original mal dessiné et dont les teintes vagues et indécises ne permettent pas de conclure. Cinq observations recueillies sur les hommes de l'équipage ne permettent de voir là qu'une angine ordinaire.

Fièvre urineuse. Selon M. le docteur A. Malherbe, la fièvre dite *uréthrale*, *uréthro-vésicale* et *urémique*, n'est pas causée par la pénétration directe de l'urine dans les vaisseaux du tissu spongieux, mais bien par une lésion rénale passagère ou permanente, congestion ou lésion qui a pour conséquence un trouble profond de la sécrétion urinaire, et par suite la rétention des matériaux de l'urine dans le sang. Contrairement aux errements classiques, il rejette le sulfate de quinine pour lui préférer la potion alcoolique de Todd ou le thé au rhum, combinés avec la glace à l'intérieur, en cas de vomissements, et avec le réchauffement du malade par tous les moyens externes. Quand la douleur de reins est notable, on joint à cette méthode l'emploi de ventouses sèches ou scarifiées, les premières pouvant être appliquées tous les jours pendant un temps assez long. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Fièvre jaune. *Bains froids.* Employés à la température

naturelle de l'eau dans 18 cas arrivés à la dernière période, le docteur da Silva Ramos, médecin dans la province de Pernambouc, a vu disparaître complétement l'agitation et l'anxiété caractéristiques de cette période; un sommeil réparateur survient ensuite, l'urine reparaît et la peau devient halitueuse, la température s'élève uniformément, le pouls se développe, et à un ensemble désespéré succède ainsi une amélioration étonnante. (*Gaz. da Bahia*, avril.)

Reste à savoir combien de malades ont guéri.

Fièvre aphtheuse ou cocotte. *Transmission à l'homme.* Maladie éruptive de l'espèce bovine, caractérisée par le développement de vésicules sur la membrane de la bouche, le nez, les lèvres, les mamelles et les onglons; elle attaque plus spécialement l'espèce bovine, et s'annonce par un mouvement fébrile, puis les vésicules apparaissent aux lieux d'élection.

Lorsque les vésicules sont disséminées, leur forme et leur étendue varient; grosses comme des lentilles, elles peuvent atteindre le diamètre d'une pièce de cinquante centimes et même d'une pièce d'un franc. Lorsqu'elles sont confluentes, elles forment quelquefois des plaques très-étendues, surtout à la bouche. Elles contiennent un liquide clair, limpide, qui ne tarde pas à devenir opalin et souvent même purulent.

La fièvre aphtheuse est contagieuse. Sa durée est de quinze à vingt jours, et il est très-rare qu'elle soit grave au point de se terminer par la mort chez l'adulte.

On s'accorde généralement à considérer l'usage alimentaire de la viande des animaux atteints, comme ne présentant pas de danger, mais il n'en est pas de même pour le lait provenant des vaches malades. Dès 1764 et 1811, des médecins et des vétérinaires ont observé que des personnes qui avaient fait usage de ce lait furent atteintes de la maladie.

Sagar, médecin célèbre, qui étudia l'épizootie de 1764 en Moravie, affirme que l'usage du lait comme aliment fait développer des affections aphtheuses chez l'homme, le chien et le chat. Il rapporte que presque tous les religieux d'un couvent furent atteints de la maladie aphtheuse après avoir fait usage du lait de vaches malades.

En 1834, des vétérinaires allemands constatèrent également la transmission de la maladie à l'homme.

A peu près à la même époque, trois vétérinaires allemands,

dans un but expérimental, prirent, pendant plusieurs jours, du lait chaud provenant de vaches atteintes de la maladie; peu de jours après, ils eurent de la fièvre, puis des vésicules apparurent aux lèvres et à la face interne des joues.

Malgré ces faits, il fut longtemps admis que l'usage du lait était sans danger, et Rayer lui-même, qui eut l'occasion d'étudier cette maladie en 1839, n'a pas observé un seul cas de transmission par l'usage du lait.

Selon M. Bouley, ces différences d'opinions tiennent à ce que certaines épizooties se sont montrées avec des caractères très-bénins, *sans développement de vésicules aux mamelles, qui est une des conditions de la transmission de la maladie*, tandis que d'autres, comme celle qui s'est manifestée en 1872 et 1873, ont présenté une plus grande gravité.

Des observations récentes tendraient à établir que l'emploi du lait pour l'alimentation n'est pas sans inconvénients.

Dans plusieurs départements où la maladie a régné, on a constaté une très-grande mortalité sur les veaux à la mamelle, et les vétérinaires qui l'ont étudiéo s'accordent à attribuer la mortalité à l'usage du lait provenant des vaches malades; ils ont constaté que cette mortalité cessait, si l'on employait le lait après lui avoir fait subir l'ébullition.

Des médecins et des vétérinaires ont affirmé avoir été témoins de cas de transmission de la maladie à l'homme, et voici des faits qui tendent à la démontrer.

M. le docteur Hulin (de Louvain) a observé un certain nombre de malades paraissant établir que la fièvre aphtheuse des ruminants peut se transmettre à l'espèce humaine et faire développer une affection ayant une grande analogie avec la maladie mère. Cette affection, grave chez les enfants, est beaucoup moins meurtrière chez les adultes.

Pour M. Hulin, l'agent de la transmission est le liquide contenu dans les phlyctènes et le lait des femelles qui sont atteintes de la maladie. Il admet que les enfants courant pieds nus sur les fumiers peuvent avoir des écorchures et s'inoculer ainsi la maladie.

Les lieux d'élection des vésicules sont les espaces interdigités (aux pieds); il a constaté aussi des vésicules aux mains, aux bras et à la gorge.

Voici les caractères qu'il assigne à cette maladie:

« S'il existe des symptômes prodromiques, ils sont peu mar-

qués, car aucun des malades n'a pu donner de renseignements sur ce point. L'éruption se manifeste le plus souvent dans la bouche, et principalement sur les amygdales, sur la luette et sur le voile du palais.

» Elle s'est aussi rencontrée à la face interne des lèvres, et c'est là seulement que des vésicules existaient. On conçoit, du reste, que celles-ci ne résistent pas longtemps sur les amygdales, où elles sont facilement déchirées par le passage du bol alimentaire.

» Sur ces parties, elles n'ont jamais été constatées que sous forme d'ulcères plus ou moins étendus, généralement assez profonds et recouverts d'une sécrétion grisâtre, pultacée. Après guérison, il restait souvent une perte de substance assez marquée.

» La toux était provoquée par le développement de la luette ; jamais elle n'avait le caractère de la toux croupale.

» Dans quelques cas, il y avait un léger coryza ou une salivation plus abondante. La voix n'était jamais complétement éteinte, ni même notablement altérée, et la réaction fébrile était peu intense, au moins jusqu'à la dernière période, lorsque la mort était imminente.

» Quand l'éruption existait sur le corps, elle siégeait, d'après l'ordre de fréquence, aux pieds, aux mains, sur les membres inférieurs et sur les membres supérieurs. Jamais elle n'a été constatée sur le tronc.

» Elle débute par un point rouge occasionnant une certaine démangeaison très-variable suivant les individus ; bientôt après, l'épiderme se soulève, et une phlyctène remplie de sérosité jaunâtre apparaît.

» Cette phlyctène crève, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la résistance de l'épiderme et le degré de démangeaison qui amène les individus à se gratter. Le liquide écoulé, il reste sous l'épiderme une ulcération plus ou moins profonde et étendue. Tantôt elle n'entame que le derme, d'autres fois le tissu cellulaire sous-cutané. Rarement elle va jusqu'aux muscles. Le plus souvent de forme arrondie ou ovale, elle mesure de 5 millimètres à 3 centimètres et demi. La surface est généralement granuleuse, recouverte d'un pus ichoreux, d'odeur nauséabonde. Abandonnée à elle-même, cette lésion devient un ulcère rongeant.

» Après plusieurs cautérisations, elle se transforme en plaie

simple. L'ulcère guéri laisse une cicatrice d'une couleur brun grisâtre, qui devient plus tard blanchâtre. Si la perte de substance a été considérable, la cicatrice a un aspect réticulé. »

La conclusion est donc de proscrire l'usage du lait et du beurre provenant de vaches atteintes de la cocotte.

Il est regrettable que M. Hulin n'ait pas songé à confirmer par l'expérimentation l'exactitude de son diagnostic, en inoculant à des vaches saines le liquide contenu dans les phlyctènes des malades qu'il a traités ; il aurait ainsi levé tous les doutes et les objections sur la maladie qu'il a observée. (*Acad. de méd.*)

FISSURE. Fissure à l'anus chez la femme. Outre la constipation habituelle, la disposition hémorrhoïdale très-marquée provenant des congestions menstruelles et de la grossesse, l'accouchement en est encore une des causes, suivant M. Stoltz, par la distension et la dilacération de la muqueuse rectale au moment où la tête pénètre dans la vulve, distend le périnée et se présente au couronnement inférieur. Si la fourchette se rompt le plus souvent au passage de la tête, on n'a pas remarqué que la marge de l'anus, entr'ouvert, tiraillé dans le sens du raphé, s'éraille également et que cet éraillement s'étend à la muqueuse du canal anal, et y devient la base d'une fissure. Ceci n'arrive guère que chez une primipare, attendu que, chez les pluripares, la vulve offre moins de résistance et que l'anus est moins tiraillé. Si chez une pluripare, la marge de l'anus est le siége d'un bourrelet hémorrhoïdal, on comprend que l'accident peut se reproduire encore.

Si cet éraillement de la marge de l'anus chez une primipare est plus fréquent qu'on ne pense en voyant le petit nombre d'accouchées qui se plaignent de fissures, cela tient à ce que cette petite plaie guérit facilement par le séjour au lit, la diète et les lavages des quinze premiers jours de la puerpéralité. Mais s'il y a constipation opiniâtre, formations de boutons hémorrhoïdaux, la fissure devient chronique et s'accompagne ensuite de spasmes. Beaucoup de ces fissures guérissent spontanément, d'autres assez facilement au moyen de topiques ordinaires ; mais il en est de rebelles. Il faut alors les enlever avec l'instrument tranchant, ou chercher à obtenir le relâchement du sphincter par la division du muscle avec le bistouri ou la dilatation forcée qui amène sa paralysie momentanée. Ce dernier

moyen est le meilleur ; outre qu'il amène le relâchement musculaire, il déchire les bords de la plaie, rend celle-ci plus large, plus vive, et d'une guérison plus facile. (*Lyon méd.*, décembre 1872.)

FISTULES. Fistules vésico-vaginales. *Nouveau procédé.* Dans les cas rebelles où il y a d'énormes délabrements, M. Lannelongue tire parti du prolapsus vésical, toujours formé dans la partie voisine de la fistule, c'est-à-dire la paroi postérieure poussée par la masse intestinale dans l'orifice même de la fistule. Une fistule énorme, s'étendant depuis le col utérin jusqu'à 3 centimètres du méat urinaire et latéralement d'un ischion à l'autre, étant résultée d'une application de forceps, ce procédé fut employé et réussit (*Soc. de chir.*, mars). C'est une donnée à utiliser.

Sur 14 opérées, M. le professeur Herrgott a obtenu 12 guérisons ; les deux autres sont mortes de péritonite, quoique ayant subi les opérations les moins graves.

Le secret de ces beaux succès no réside pas dans une méthode nouvelle ni spéciale, mais simplement en suivant les préceptes ci-après : position dorsale inclinée appelée *pelvi-dorsale* par G. Simon. La paroi vaginale antérieure devient ainsi une surface presque verticale rendant l'action des instruments plus précise. L'emploi d'un demi-spéculum avec une fente longitudinale à sa pointe est le plus efficace. L'avivement ne doit pas être au-dessous de 7 millimètres. Multiplier les sutures et les varier de telle sorte qu'il n'y ait pas la moindre tension. Éviter la sonde à demeure et ne recourir au cathétérisme qu'en cas de nécessité. Se conformer pour le reste aux indications spéciales de chaque cas. (*Soc. de chir.*, avril.)

Opération de nécessité. Trouvant l'urèthre, le col et le bas-fond de la vessie entièrement détruits chez une femme rachitique, à la suite d'accouchements laborieux, avec hernie du fond de la vessie, dont l'ouverture s'étendait jusqu'à la partie antérieure de l'urèthre, le docteur Kidd, à défaut de tissus pour créer un nouveau canal artificiel, tenta l'occlusion complète du vagin, sauf une petite ouverture antérieurement. Pelant la muqueuse des lèvres et de la paroi postérieure du vagin, et disséquant, aussi haut que possible, afin d'empêcher la formation d'un cul-de-sac, il reséqua les caroncules et plaça une sonde n° 10

étroitement fixéo sous le pubis, en mettant les parties avivées en contact immédiat par quatre sutures profondes, et d'autres sutures métalliques superficielles comme dans la rupture du périnée. L'obturateur de M. Trélat fut alors appliqué sur l'urèthre artificiel qui permit à la femme de retenir parfaitement ses urines dans toutes les positions. Elle avait perdu son sexe, il est vrai, mais elle était débarrassée d'une infirmité dégoûtante. (*Dublin med. Journ.*, avril.)

Fistule anale. *Sonde à demeure.* Un homme fut admis à l'hôpital général de Madrid le 10 mars dernier, portant une plaie récente, pénétrant de 3 à 4 centimètres à 7 centimètres environ à droite de l'anus. L'issue de matières fécales avec le sang indiquait sa communication avec l'anus. Une péritonite partielle en fut la conséquence et guérit parfaitement ; mais le pansement simple de la plaie fistuleuse n'en ayant pas déterminé l'occlusion, les matières fécales continuaient à s'écouler par ce trajet. Le docteur Blanco eut alors l'idée d'introduire dans le rectum, au-dessus de l'ouverture interne de la fistule, un tube cylindrique en gomme élastique de 3 centimètres de diamètre. Le but fut facilement atteint : les matières fécales s'écoulèrent complétement par ce tube, sans toucher aux parois anales, et, dès lors, la cicatrisation de la fistule eut lieu sans autre opération. (*L'Osservatore*, n° 34.)

Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures ; par le docteur S. Pozzi, aide d'anatomie à la Faculté de Paris.

FOETUS. *Signe de mort.* Fondé sur ce fait que la température du fœtus dans l'utérus est plus élevée que celle de la mère, M. Cohnstein a trouvé que l'introduction du thermomètre dans la cavité utérine, entre les membranes et les parois utérines, peut indiquer sûrement si le fœtus est mort ou vivant. On aurait ainsi un moyen d'établir facilement et sûrement un fait qui, autrement, reste douteux. (*Archiv für Gynæk.*, 1872.)

FOIE. *Cancer avec tumeur ombilicale encéphaloïde.* Chez un soldat de l'armée de Metz, que les privations et les souffrances de la captivité en Prusse avaient considérablement affaibli, le mal commença par des douleurs dans le côté droit avec anorexie.

Elles devinrent ensuite lancinantes avec développement de l'abdomen, puis ascite, ponctionnée deux fois. Une cirrhose fut diagnostiquée à l'hôpital, lorsque, les douleurs augmentant, une tumeur ombilicale se manifesta et se rompit spontanément le 1er mai 1873, en laissant écouler une énorme quantité de sérosité. La tumeur persista néanmoins et augmenta. Aplatie, lobulée, d'un volume considérable, de consistance moyenne, elle sortait de l'abdomen par un large pédicule. Le diagnostic, porté par le docteur Moussier, fut que c'était un encéphaloïde, et l'examen microscopique d'un fragment montra en effet de grosses cellules sphériques à nucléoles multiples et volumineux, cellules fusiformes moins nombreuses et gouttelettes graisseuses abondantes.

Une ligature en masse avec un fort cordonnet de soie fut appliquée sur le pédicule, une constriction graduelle fut exercée et le quinzième jour elle se détacha sans hémorrhagie. Mais la marche des accidents détermina la mort quinze jours après, sans que l'autopsie ait pu démontrer si cette tumeur procédait bien de l'épiploon. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 2e trimestre.) — Voy. Allaitement.

FRACTURES. *Danger de la mort subite.* Il est à présumer que ce danger a existé de tout temps, car de tout temps on s'est cassé les os, mais il n'y a que peu d'années que la cause en a été découverte et qu'il est possible de s'en prémunir. C'est pourquoi nous la signalons, car ce danger est fréquent, surtout dans les campagnes, et fait d'assez nombreuses victimes. Le fait suivant, relaté dernièrement par M. Demarquay, en fera comprendre toute la gravité.

Une femme de trente-sept ans était en train de danser à une noce lorsqu'elle ressentit subitement une vive douleur à la jambe. Elle crie pour s'arrêter, s'affaisse dans les bras de son cavalier, mais celui-ci, entraîné par la musique, continue à traîner sa danseuse jusqu'à ce qu'elle tombe. Elle s'était cassé la jambe en dansant et un épanchement de sang, résultant du chevauchement des fragments et de la rupture des vaisseaux, existait autour de la fracture, lors de l'examen du chirurgien. Néanmoins, la blessée était arrivée au trente et unième jour de cette fracture grave, en bonne voie de consolidation et se proposait même de quitter bientôt la *Maison municipale de santé*, lorsque le matin, en faisant sa toilette, elle succombait subite-

ment, sans que personne ait été témoin de sa mort. L'autopsie montra un énorme caillot dans l'artère pulmonaire, un épanchement considérable de sang coagulé entourant la fracture avec des caillots dans les veines environnantes.

Là est tout le danger. Il se forme, au foyer de toute fracture, par la rupture même des vaisseaux sanguins et par leur inflammation surtout, des caillots qui, entraînés au cœur par le torrent circulatoire, déterminent inopinément des accidents foudroyants, une suffocation épouvantable et le plus souvent la mort. Le même danger existe pour ceux qui ont des varices enflammées aux jambes, et il est d'autant plus urgent de les en prévenir, que le moyen de conjurer les accidents et la mort est très-simple : c'est le repos. Le repos absolu, non-seulement du membre fracturé, mais du corps tout entier, doit être assez prolongé après la fracture, pour que ces caillots adhèrent à l'intérieur des vaisseaux où ils se sont formés et ne puissent s'en détacher par le mouvement et l'impulsion, l'influx circulatoire qui en résulte. Ce temps est évalué par M. le professeur Gosselin, de quarante à cinquante jours, suivant la gravité de la fracture et de l'épanchement sanguin. C'est donc à observer ce repos que tous ceux atteints de fracture, de jambe surtout, doivent rigoureusement s'astreindre, au lieu de remuer, de s'agiter, de prendre du mouvement avant cette époque, comme c'est trop souvent le cas. (*Acad. de méd.*)

Influence de la syphilis sur le cal. Elle s'est montrée très-évidente chez un laboureur de trente ans, admis à l'hôpital Workhouse de Liverpool le 17 mars, service de M. Barnes, pour une fracture oblique du tibia, à son tiers inférieur, datant de deux jours. Aucun signe extérieur ne révélait l'existence de la cachexie syphilitique et le chirurgien le plus prudent aurait pu exécuter une opération capitale sans crainte, le résultat seul pouvait l'éclairer. Aucune union des fragments n'existait le 24 avril et, l'appareil replacé jusqu'au 10 juin, l'union n'existait pas davantage, sans que rien dans la santé du blessé pût en révéler la cause. Les fragments furent irrités suivant la méthode de Dieffenbach, sans plus de résultat jusqu'au 29 juillet. De même le 10 août. Ce n'est qu'à cette date que le blessé se plaignit d'inappétence, d'insomnie et de refroidissement avec fièvre et conjonctivite. Une éruption érythémateuse se montra bientôt avec iritis de l'œil droit. L'apparence syphilitique fit

aussitôt administrer le mercure et l'iodure de potassium. En même temps que l'état général se modifiait sous cette influence, une réunion parfaite des fragments avait lieu avec un cal solide, qui permit au malade de quitter l'hôpital le 8 septembre. (*Lancet*, 1er novembre.)

Fractures du crâne avec dépression. Contrairement à Stromeyer (voy. *année* 1872), Busch (de Berlin) se déclare pour l'intervention active et mentionne tous les dangers auxquels peut exposer une expectation prolongée.

Ainsi, sur 6 cas de plaie de tête avec fracture et dépression de l'os, une fois le malade guérit sans intervention marquée, après avoir traversé des accidents formidables ; dans 2 cas, le redressement suivi de l'ablation des esquilles, pratiqué de bonne heure, amena une guérison rapide et prompte sans entrave ; dans une quatrième observation où la plaie était considérable, et où l'on avait enlevé de nombreuses esquilles, aucun accident ne se déclara pendant deux ans, bien que la plaie ne fût pas encore entièrement fermée ; dans les 2 derniers cas où l'on s'était décidé pour l'expectation, et où l'on n'eut recours que très-tard à la trépanation suivie du redressement, l'issue fut fatale. Il faut dire, toutefois, que l'occlusion inopportune de la plaie, en déterminant la rétention du pus, a dû provoquer le développement des accidents.

Ce n'est pas tant la dépression osseuse qui indique le redressement selon l'auteur, que les lésions traumatiques de l'encéphale, et notamment l'inflexion des rebords osseux et les esquilles. Ce n'est donc pas sur les phénomènes de compression, qui souvent font défaut, qu'il faudra se guider, mais bien plutôt sur les causes d'irritation encéphalique que la plaie peut présenter, et se décider, après une inspection attentive de la lésion, au redressement avec l'élévatoire, avec ou sans trépan préalable, suivi de l'extraction des esquilles.

Fracture limitée à la table interne du frontal. Un ferblantier de quarante-cinq ans reçut, le 24 octobre 1872, une pierre sur la bosse frontale droite qui fit une plaie en V renversé des téguments avec détachement du périoste dans une petite étendue. Il put retourner immédiatement chez lui sans être troublé par ce coup, qui devait être mortel.

Aucune fracture ne fut découverte par le docteur Triplett.

La réunion des parties molles et un pansement contentif furent faits, en recommandant le repos au blessé. Mais il n'en tint pas compte ; huit jours après, des symptômes cérébraux se déclaraient, malgré le bon état de la plaie, et la mort arrivait le quatorzième jour après l'accident.

L'autopsie juridique montra la table externe du frontal dénudée dans l'étendue d'un pouce environ, l'os est blanc et comme mort, sans fissures. A la partie interne correspondante, la table interne est fracturée et une esquille libre pressait sur la dure-mère, détachée dans une étendue de plus d'un pouce. Cette fracture s'étendait sur deux lignes et était recouverte de pus comme la dure-mère. Sans être perforée, celle-ci était désorganisée dans la partie correspondant à la fracture. L'arachnoïde et la pie-mère étaient détruites dans la partie correspondant à un abcès superficiel du lobe antérieur de l'hémisphère droit, de plusieurs pouces d'étendue et rempli de pus. Il n'avait pas plus d'un demi-pouce de profondeur. Tout l'hémisphère droit était couvert de pus infiltré dans la pie-mère en quantité considérable. La consistance de la pulpe cérébrale était très-diminuée. (*The Boston med. and surg. journal*, avril.)

C'est donc là un nouvel exemple de la réserve à apporter dans le diagnostic et le pronostic des lésions du crâne, qui trompent si souvent les prévisions les mieux établies.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne, par le docteur G. Félizet, 1 vol. grand in-8° avec 12 gravures sur bois et 12 planches en prototypie, Paris.

Fracture de l'apophyse odontoïde. — Voy. Mort subite.

Fracture supposée des vertèbres dorsales. *Réduction.* Un homme de trente et un ans, tombé de 4 mètres de hauteur, fut apporté à l'hôpital de Lille avec une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité des doux membres inférieurs. La miction et la défécation étaient abolies ; il y avait un léger degré d'érection. On trouva une saillie longue d'environ quatre travers de doigts, correspondant à la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire, saillie de 3 centimètres environ en son point maximum, sans changement de couleur à la peau, sans chaleur, mais un peu douloureux et très-sensible.

M. Parise fit placer le blessé sur le ventre ; quatre aides vigoureux firent l'extension en tirant sur les membres inférieurs et deux autres maintenaient le corps par les aisselles. Trois tractions furent nécessaires, pendant lesquelles le chirurgien se servit, pour réduire les fragments, d'abord des doigts, puis de la paume de la main, et enfin du genou « pesant ainsi de tout son corps ».

On constata alors que la paralysie avait *complétement* disparu. La miction et la défécation se firent bien quelques jours après.

Le malade fut retourné sur le dos et laissé dans une immobilité absolue. Au bout de soixante-trois-jours, il se leva et fit quelques pas dans la salle.

Cette observation est remarquable et encourageante, mais rien ne prouve qu'il y ait eu fracture. (*Bull. méd. du Nord de la France*, février.)

Fractures de l'extrémité interne de la clavicule. Collection exacte et précise de vingt faits authentiques de cette nature publiés en France et à l'étranger, ajoutés à huit observations recueillies dans les hôpitaux et relatées par le docteur Delens, à l'appui de la division établie par Malgaigne, qui limite celles-ci dans le tiers interne de la clavicule, c'est-à-dire dans les limites de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien, contre celle de Boyer, qui l'étendait aux deux tiers. Cette division est surtout justifiée en ce que, reconnaissant pour cause, dans plus du tiers des cas, la contraction de ce faisceau musculaire, elles sont sans déplacement marqué, sans mobilité ni crépitation, avec gonflement considérable au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien, paraissent incomplètes, et sont ainsi souvent méconnues ou confondues avec des luxations incomplètes de la tête de la clavicule. A tous ces titres, elles forment une classe à part dont M. Delens décrit avec soin les différences et les caractères spéciaux. Elle paraît plus fréquente à gauche qu'à droite, contrairement à ce qui était présumable, car elles résultent le plus souvent d'efforts manuels. C'est pourquoi les hommes les présentent en grande majorité. C'est un beau mémoire à consulter. (*Arch. gén. de médecine*, mai.)

Fracture du sternum sans déplacement. *Moyen artificiel de la constater.* 2 cas observés par M. Després à l'hôpital Cochin en 1872 étaient sans déplacement appréciable des frag-

ments, ni mobilité, ni crépitations ; une ecchymose locale était tout ce qui pouvait la faire supposer. Plaçant alors un oreiller roulé sous le dos du malade, de manière à faire saillir fortement en avant la partie inférieure du tronc, M. Després réussit, dans le premier cas, à rendre sensible le déplacement et la crépitation impossibles à percevoir autrement. Dans le second cas, l'état du blessé ne permettant pas de le soumettre à cette épreuve sémiologique et diagnostique qui l'aurait probablement rendue aussi évidente que dans le cas précédent, cette fracture fut démontrée à l'amphithéâtre. Elle siégeait à la partie supérieure de la seconde pièce du sternum, très-oblique de haut en bas et d'avant en arrière, sans que les couches fibreuses tapissant le sternum en avant et en arrière fussent déchirées. Elles étaient seulement un peu décollées et les cartilages costaux étaient intacts, sauf le cinquième qui était rompu au niveau de son insertion sternale. (*Gaz. des hôp.*, n° 125, 1872.)

On s'explique ainsi l'absence de déplacement et tous les autres signes de cette fracture. Il est donc permis de croire qu'elle est plus fréquente que cette absence de déplacement n'a pu le faire constater, ce qui est rendu possible avec le moyen simple employé par M. Després, pourvu que ce soit avec précaution afin de ne pas augmenter le mal.

Fractures des membres. *Mortalité comparative entre celles par coups de feu pendant la guerre et accidentelles.* Contre l'opinion généralement acceptée que les fractures par coups de feu faites à la guerre et traitées sur le champ de bataille sont plus mortelles que les fractures accidentelles traitées dans les hôpitaux civils, le professeur Volkmann (de Halle) fait valoir les chiffres suivants :

Sur 109 fractures, par coups de feu, de la jambe, traitées à Trautenau, il y eut 25 morts, soit 22,9 pour 100. Les plus récentes investigations de Billroth donnent une proportion de 23,6 pour 100, car de 1699 fractures traitées par l'amputation ou la conservation pendant les dernières guerres, il y eut 401 morts.

Sur un total de 885 fractures compliquées de la jambe, collectées par le docteur Faënkel dans les rapports des hôpitaux anglais et allemands, il y eut 339 morts, soit 38,5 pour 100. C'est la proportion résultant de la pratique de Billroth à Zurich, 38,5, tandis qu'elle s'élève à 40,5 pour 100 à Breslau, à 40,6

à Halle, et à 41,8 à Bonn. Au contraire, 63 fractures compliquées de la jambe, à l'hôpital Saint Barthélemy de Londres, n'ont donné que la moitié de décès, 20,6 pour 100. C'est une véritable exception.

Traitées par la conservation du membre, les fractures de la jambe par coups de feu donnent des résultats encore plus satisfaisants ; 91 cas de ces 109 fractures, à Trautenau, traités ainsi, n'ont donné que 16 décès, soit 17,5 pour 100, tandis que 18 traitées par l'amputation ont donné 9 morts.

Dans la campagne d'Italie, la proportion des pertes des fractures de jambe, traitées par la conservation, n'a été que de 17 pour 100. Billroth à Wissembourg, et Socin à Carlsruhe n'ont eu qu'une mortalité de 14 pour 100. Elle s'est même réduite à 10 entre les mains de Stromeyer pendant la guerre contre le Danemark. Au contraire, de 388 fractures compliquées de la jambe, traitées dans les hôpitaux civils, sans amputation, la mortalité s'est élevée à 120, soit 32,5 pour 100, résultat plus grave que celui de la campagne de Crimée, où la mortalité générale n'a été que de 25 pour 100.

Des fractures compliquées de la cuisse, traitées par la conservation, le nombre est petit dans les hôpitaux civils, car toutes celles résultant des machines et des chemins de fer sont généralement traitées par l'amputation, comme celles résultant de l'artillerie sur le champ de bataille. Ce n'est que dans les fractures par violences indirectes que la chirurgie conservatrice est praticable. 140 cas de ce genre, recueillis par le docteur Fraënkel, ont donné 85 décès. C'est la proportion obtenue dans la plupart des guerres. M. Volkmann a obtenu un meilleur résultat à Trautenau. De 104 fractures du fémur, 51 guérirent. 95 cas sans complications n'ont même donné que 44 décès, chiffre beaucoup plus satisfaisant.

Quant aux fractures de jambe traitées par l'amputation, dans les hôpitaux civils, 177 cas ont donné 60 pour 100 de décès dans l'amputation primitive et 77 dans l'amputation secondaire ; tandis que la proportion s'abaisse à 41,6 pour 100 dans la collection de 3815 fractures de jambe traitées ainsi pendant la guerre.

Sans pouvoir étendre cette comparaison aux fractures de cuisse traitées par l'amputation, le chirurgien autrichien croit que les résultats sont les mêmes. Il attribue ces différences à ce que les parties molles sont en général plus lésées que les os, dans les fractures de la pratique civile, tandis que c'est le con-

traire dans la pratique militaire. D'où il conclut que la lésion des parties molles a beaucoup plus d'influence sur le résultat de la fracture qu'on ne l'a soupçonné. Les fractures par coups de feu, étant comme sous-cutanées, ne sont pas aussi graves et le nombre des fragments n'indique pas l'amputation. La réaction est beaucoup plus lente dans les fractures par coup de feu et la mort arrive plus tardivement que dans les fractures compliquées civiles. C'est pourquoi l'amputation pratiquée dans les six premiers jours peut être considérée comme primitive dans les fractures par coups de feu.

Le docteur Mac Cormac ajoute en contre épreuve les statistiques suivantes recueillies dans divers hôpitaux anglais.

Sur 136 fractures compliquées du fémur, traitées par la conservation, il y eut 70 décès, soit 51,47 pour 100 et sur 956 fractures de la jambe, la mortalité de 290 ne donne qu'une proportion de 30,33.

C'est donc une notable atténuation aux précédents résultats.

Traitées par l'amputation primitive, 327 fractures compliquées du fémur ont donné 176 décès, soit 53,82 pour 100 (cette proportion est de 54,13 dans les 433 cas traités ainsi pendant la guerre d'Amérique), 504 fractures de la jambe ont donné 220 décès ou 43,65 ; proportion qui se rapproche beaucoup de celle de 41,6 obtenue par Billroth pendant la guerre.

Voici les résultats obtenus à l'ambulance de Floing et à l'ambulance anglo-américaine, placées à un mille de distance, sur les blessés de la bataille de Sedan.

94 fractures du fémur traitées par la conservation ont donné 45 morts ou 47,87 pour 100.

Traitées par l'amputation primitive, 30 ont donné 23 décès ou 76,66.

L'amputation secondaire a donné 37 décès sur 51 cas ou 74,50 pour 100.

114 fractures de jambe n'ont donné que 34 décès, soit 29,82 pour 100.

Traitées par l'amputation primitive, 27 ont donné 6 décès, soit 22,22.

32 soumises à l'amputation secondaire ont amené 10 décès ou 31, 25 pour 100. (*London med. Record*, avril.)

Devant la diversité de ces résultats, on acquiert la preuve que la statistique ne peut comparer que des faits se passant dans des conditions analogues ou identiques.

Appareil ouaté simplifié. Modifié par M. Tillaux, il se compose de trois bandes de toile repliées plusieurs fois sur elles-mêmes de façon à prendre une certaine épaisseur. On les trempe dans le plâtre délayé, et on les place immédiatement sur le membre, une de chaque côté et l'autre en arrière. On les fixe avec des liens de toile, et elles prennent ainsi tous les contours du membre comme un bas élastique. Réunies sous le pied, elles forment une semelle plâtrée qui est solidement fixée par des bandes de diachylon entourant le pied en huit de chiffre. Des bandes circulaires de diachylon, distantes de 5 centimètres, sont appliquées le long du membre remplaçant les liens de toile. L'inspection et le changement du membre fracturé sont ainsi rendus plus faciles, sans danger de déplacement des fragments. On peut aussi changer, modifier le pansement, suivant les nécessités, sans enlever l'appareil. (*Gaz. méd. de Paris*, 1872.)

A moins d'une grande docilité du blessé, il semble que les fragments ne puissent être suffisamment contenus par cet appareil, l'addition d'une gouttière métallique semble au moins indispensable pour prévenir tout accident.

Une gouttière d'un nouveau genre pour contenir les membres fracturés, est employée par M. le professeur Herrgott (de Nancy) ; l'application en est très-simple : il suffit de saupoudrer de plâtre ou de gypse, un linge mouillé, de manière à en laisser sur le tissu une épaisseur convenable qui devient solide par la cristallisation et envelopper aussitôt le membre. Le linge prend exactement la forme du membre, et comme l'adhérence a lieu sur une grande surface, le supplice du talon, dans les fractures de la jambe, disparaît. M. Herrgott cite des cas nombreux dans lesquels ce moyen lui a parfaitement réussi pendant la dernière guerre.

Un autre appareil a été inventé par M. le docteur Noiset, médecin-major. Il s'agit d'une boîte quadrangulaire dans laquelle le membre est déposé et soumis à une extension continue au moyen d'un treuil. Deux fenêtres latérales permettent l'examen facile et le pansement de la fracture sans déplacement. Une suspension permet de donner au membre l'inclinaison et l'élévation la plus commode au malade pour se coucher, se soulever, se mettre sur son séant. Elle permet même au blessé, dit l'inventeur, de sortir de son lit chaque jour pour se transférer sur un appareil roulant, formé d'un plancher à rou-

lettes supportant un fauteuil et un chevalet destiné à fixer la boîte suspendue par une poulie. (*Rec. de méd. et chirur. milit.*, mai-juin.)

En vérité, tout ce mécanisme si compliqué ne devient-il pas inutile, sinon dangereux, devant l'immobilité reconnue aujourd'hui indispensable, jusqu'au quarantième ou cinquantième jour, pour éviter le détachement et le transport des caillots qui se forment au siége même de la fracture, et éviter ces embolies si dangereuses, ces morts subites par le moindre mouvement ?

Appareils de zinc laminé. Au lieu d'attelles, M. le docteur Raoult-Deslonchamps, après avoir appliqué un bandage de Scultet qu'il recouvre d'ouate, sur les membres inférieurs fracturés, les place dans un appareil de zinc qui maintient exactement la coaptation des fragments. Il permet de panser facilement les plaies et, en repliant les lames supérieures, d'imprimer des mouvements articulaires.

Un autre avantage, pour l'auteur, c'est que les malades peuvent se lever de bonne heure. Mais le danger de mort subite que ces mouvements impriment doit plutôt faire négliger ce prétendu avantage. (*Idem.*)

Recherches sur la valeur sémiologique de l'augmentation de volume du grand trochanter dans les fractures extra-capsulaires du col du fémur, par M. Albert Jan-K'Guistel. Paris, 1872. Tel est le nouveau signe distinctif que l'auteur apporte entre les fractures intra-et extra-capsulaires. Celles-ci s'accompagneraient toujours, d'après lui, de pénétration des fragments, ce qui augmenterait manifestement le volume de cette apophyse. Ajouté aux autres, ce signe, obtenu par la comparaison avec le trochanter sain, suffirait dans tous les cas pour affirmer cette fracture. C'est à vérifier.

Calcar femorale. Le docteur Merkel décrit sous ce nom un arrangement particulier des parties dures du col du fémur. La substance corticale se projette dans la portion spongieuse à la profondeur d'un centimètre environ du niveau du petit trochanter jusqu'à la portion antéro-supérieure du col, c'est-à-dire au siége même de la plus grande pression du corps dans la position droite. Absente chez les nouveau-nés, cette disposition anatomique apparaît dès qu'ils commencent à marcher,

atteint son plus grand développement au milieu de la vie et disparaît complétement dans la vieillesse. Ces conditions expliquent ainsi les variations du col du fémur aux différents âges, et la disposition aux fractures de cette partie chez les vieillards. (*Centr. für die med.*, *W.* n° 27.)

De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutif aux fractures du fémur, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Paul Berger, aide d'anatomie, médaille d'or des hôpitaux. Signalée dans ces dernières années seulement, comme un signe de la fracture du fémur (voy. *année* 1871), l'hydarthrose du genou est au contraire un caractère constant des fractures de cuisse, que les chirurgiens et les auteurs classiques ont passé sous silence. Il est d'autant plus prononcé que la fracture siége plus près de l'articulation et que le blessé est moins âgé. 22 observations cliniques recueillies dans les hôpitaux en témoignent. C'est en étudiant ce nouveau fait sous tous ses rapports que l'auteur a mérité la médaille d'or qui lui a été décernée.

Fracture de l'humérus. *Section de l'artère humérale.* Le 12 décembre, C. E..., âgé de trente-neuf ans, est renversé de sa charrette dont la roue lui passe sur le bras et brise l'humérus. On applique un bandage ; le lendemain, le blessé entre à l'hôpital se plaignant du bras qui est gonflé et bleuâtre. L'avant-bras et la main sont œdématiés et froids; le pouls est imperceptible à la radiale. On enveloppe le bras d'ouate, on fait des affusions froides ; une amélioration s'établit pendant deux jours, il semble que la paralysie de l'avant-bras diminue ; mais cette partie du corps se gonfle, prend une couleur sombre et répand une odeur gangréneuse. Le 21, la température est de 39°,45; le pouls est à 120. On se décide à l'opération. La gangrène s'étendait jusqu'au niveau du creux axillaire. On fait une incision ovalaire commençant à l'acromion et allant aux bords antérieur et postérieur de l'aisselle ; les lambeaux postérieur et antérieur sont ramenés en arrière, la capsule fibreuse est mise à nu et l'on pratique l'amputation au-dessous d'elle ; puis on divise les nerfs, les vaisseaux et les tissus de l'aisselle. On ne comprime pas l'artère, mais on la saisit dans la plaie, afin d'éviter toute hémorrhagie. Les suites de l'opération furent heureuses, le malado quitta l'hôpital le

2 février. L'examen de la pièce montra une gangrène de tout le bras. L'humérus avait été fracturé obliquement en bas et en avant à son milieu, et l'extrémité aiguë du fragment supérieur avait coupé en travers l'artère humérale. Le nerf médian était intact. L'état gangréneux de l'avant-bras et de la main dépendait de leur infiltration séreuse. Le sang n'avait pas dépassé le coude.

G

GANGRÈNE. *Chloral.* Par son action antifermentescible, la solution au 100e ou au 50e est des plus efficaces pour le pansement des gangrènes de la peau et des muqueuses. Contre une gangrène de la face, suite de rougeole, chez un enfant de dix-huit mois, M. Cadet Gassicourt l'employa avec succès. La plaie se modifia et se cicatrisa rapidement sous l'influence de lotions, d'injections et de pansements avec cette solution. De même contre les eschares. — Voy. *ce mot.*

Gangrène des extrémités. *Rapport avec la fièvre intermittente.* Au cas rapporté par le docteur Rey, consécutivement à un accès de fièvre intermittente, au Sénégal, M. le docteur Mourson en ajoute un autre observé sur un sous-officier de marine, à l'hôpital de Brest, le 28 janvier 1873. Après plusieurs rechutes de fièvres contractées en Cochinchine, il est pris, à la suite du premier accès, de pâleur très-accusée des doigts et des orteils avec sensation de froid glacial au toucher, jusqu'à la moitié de la deuxième phalange, sans douleur, mais avec diminution de la sensibilité tactile. Il n'y a pas de cyanose ni de desquamation, mais un peu de mollesse sinon d'œdème. Rien au cœur ni dans les urines.

L'asphyxie disparaît pour revenir le lendemain plus grave, au lieu de la fièvre disparue. La température locale est de 20 degrés, tandis qu'elle marque 36°,8 dans l'aisselle. Cet état disparaît, comme la première fois, sous l'influence du réchauffement artificiel et des stimulants diffusibles; mais le froid du dehors ramène immédiatement l'asphyxie locale et l'oppression. Le malade se rétablit. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Il semble donc que la cause soit ici plutôt dans l'accès et le froid extérieur que dans un empoisonnement du sang ou des

dépôts mélaniques dans les vaisseaux de la moelle ; ce qui montre que ce singulier phénomène d'asphyxie ou de congélation des extrémités est encore loin d'être expliqué. — Voy. Amputation.

GASTROTOMIE. *La gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines.* Brochure in-8°, par M. E. Boinet, Paris. Examen critique de cette opération, en démontrant le peu de chance qu'elle offre, avec des observations à l'appui, pour répondre à celles de MM. Kœberlé et Péan, invoquées pour justifier cette grave opération. — Voy. Fibromes.

GLYCOSURIE. *Nouveau réactif.* Voici la formule du procédé chimique employé par le docteur Ratesi pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine.

℞	Silicate de potasse liquide concentré.	60 grammes.
	Bichromate de potasse.	2 —
	Potasse caustique.	2gr,50

Dissolvez à froid.

On verse sur de petites plaques de fer-blanc, à l'une de leurs extrémités, deux gouttes de ce mélange, et l'on fait sécher à la chaleur ; deux autres gouttes sont versées ensuite et sont également desséchées ; puis, deux nouvelles gouttes que l'on dessèche également, et l'appareil est prêt à être utilisé ; il suffit de laisser tomber, sur cette partie desséchée, quelques gouttes de l'urine ou du liquide dans lequel on soupçonne la présence du sucre et de faire légèrement chauffer, pour voir la tache jaune du réactif prendre une plus ou moins belle couleur verte d'oxyde de chrome, si le liquide essayé contient de la glycose.

Ce réactif sec se prête, par conséquent, plus facilement que les autres aux exigences de la pratique rurale ou de la clientèle en ville ; les petites plaques de fer-blanc, une fois amorcées, peuvent être renfermées dans la trousse du médecin ou dans un étui portatif, et leur emploi est presque aussi facile et aussi expéditif que celui du papier de tournesol ou de curcuma. Ajoutons que ces petites plaques, garnies de leur amorce, peuvent se conserver pendant plusieurs mois, ce qui permet de les préparer longtemps d'avance et à loisir.

M. Ratesi conseille d'examiner d'abord l'urine à l'aréomètre

avant de la soumettre à l'examen chimique, car si la densité marque 0, ou — 1, on peut déjà être sûr qu'elle ne contient pas de sucre. Quant à la sensibilité de son réactif, il la dit assez grande pour donner une réaction très-sensible avec un liquide contenant du sucre dans la proportion de 5 sur 1000. (*Soc. de méd. physique de Florence*, juin.)

GOITRE. *Influence des sulfates*. Une épidémie de goître s'étant déclarée en 1873 sur les soldats d'une caserne de Saint-Étienne, atteignant plus de 250 hommes, de même que cela s'est manifesté bien des fois ailleurs dans des conditions analogues, M. le docteur Bergeret rappelle avoir vérifié que l'eau gypseuse était bien la cause de cette maladie. La preuve en était dans la population de Saxon-les-Bains. Avant 1835, tous les habitants étaient goîtreux ou crétins. Or, à cette époque, ils buvaient une eau qui coule sur un banc de gypse d'une étendue de 8 à 10 kilomètres, situé à 200 ou 300 mètres au-dessus du pays, et donnant à l'analyse $1^{gr},02$ de sulfate de chaux.

En 1835, les habitants de Saxon eurent l'heureuse idée d'amener dans leur village l'eau de *Mayeus*, située au-dessus du banc de plâtre ; le nombre de goîtreux a considérablement diminué depuis ; les enfants ne le sont plus, et d'ici peu, la maladie aura probablement disparu.

La cause ne saurait être la même à Saint-Étienne, dont l'eau potable est la plus pure que l'on puisse imaginer. Mais l'auteur ne voulant voir qu'une cause possible, attribue la production du goître à l'excès des sulfates mis en circulation dans le sang par une détrophie musculaire exagérée, ayant l'exercice forcé pour cause.

En effet, pour que la santé d'un adulte soit bonne, il faut que tous les jours, à la même heure, il ait le même poids, c'est-à-dire qu'il faut que les éléments anatomiques, les tissus, les organes, en un mot, reçoivent des principes assimilables en poids égal à celui qu'ils détruisent incessamment, pour entretenir la chaleur animale et pour produire le travail mécanique qu'on leur impose. Si la recette n'égale pas la dépense, il y a consomption, anémie. C'est ce qu'on observe sur les soldats goîtreux de la caserne, qui sont soumis à un travail exagéré, et qui n'ont pas une alimentation en rapport avec la force qu'ils dépensent.

D'un autre côté, on sait que, lorsqu'un muscle travaille avec

force et continuité, ou lorsqu'il est soumis un certain temps à l'action d'un courant électrique continu, ce muscle, en brûlant sa propre substance, devient acide, et que les acides produits sont l'acide sulfurique et l'acide phosphorique, aux dépens du soufre et du phosphore que renferment les principes albuminoïdes. Dans les conditions de travail exagéré, un homme a donc en circulation dans le sang une quantité anormale de sulfates, absolument comme s'il buvait des eaux plâtreuses.

C'est ce qui a lieu chez les soldats goîtreux de la caserne. De l'urine de ces soldats, analysée à diverses périodes de leur affection goîtreuse, a démontré que c'est lorsque le goître était à la période d'état que la quantité des sulfates était au maximum. Il y en a, à ce moment, trois à quatre fois plus qu'à l'état normal.

De l'ensemble de ces faits, il semble résulter que le goître se développe, soit que les sulfates viennent du dehors avec l'eau ingérée, soit qu'ils naissent dans l'organisme par désassimilation exagérée des muscles.

Dans le goître épidémique, le traitement se déduit rationnellement des causes : repos, toniques à l'intérieur et à l'extérieur, réparations sanguines, fer et chlorure de sodium, aliments d'épargne. Les iodures ne peuvent qu'être nuisibles au début et comme préventifs ; ils ne doivent être employés qu'à la fin du traitement, si le goître ne cède pas spontanément.

A cette étiologie exclusivement chimique, M. Larrey oppose l'action mécanique de la pression toute locale exercée par le bouton de chemise, le col d'uniforme et l'agrafe de la capote sur le corps thyroïde pour en déterminer l'engorgement, comme il a eu occasion de le constater souvent dans ses inspections. Si un exercice forcé et une nourriture insuffisante sont venus s'y joindre, cela n'explique pas la désassimilation organique de certains tissus (*Acad. des sciences*). Une cause mécanique ne suffit pas cependant à expliquer une épidémie ; une influence plus générale est donc probable.

GREFFES. Employées dans 8 cas, à l'hôpital anglais de Constantinople, par le docteur Zebrowski, sur des plaies ulcéreuses, elles ont toutes réussi. Chez un nègre de vingt-deux ans, cinq greffes prises sur le malade ont aussi bien réussi que quatre autres prises sur un blanc.

Toutes les expériences faites avec des lambeaux d'épithélium

seul, ont complétement échoué. (*Gaz. méd. d'Orient*, janvier.)

Selon M. le professeur Coste (de Marseille), les insuccès fréquents des grandes greffes d'Ollier dépendent de ce que la face interne du lambeau offre, par son entrecroisement de fibres lamineuses, l'élément le plus solide de la peau, mais qui a aussi le moins d'énergie vitale en sa qualité de tissu fibreux, peu propre à l'adhésion. Dans cette greffe dermique, le lambeau touche ainsi la surface bourgeonnante par sa partie la moins susceptible d'adhérer et de vivre, tandis que pour la petite greffe épidermique de Reverdin, doublée du corps de Malpighi, ce réseau si délicat des papilles vasculaires et nerveuses qui nourrissent et animent la peau, des conditions toutes opposées se rencontrent. De là sa réussite presque constante. (*Marseille méd.*, juillet.)

Hétéroplastie. M. Dubreuil a confirmé par de nouvelles observations ce que l'on savait déjà de la résorption complète des greffes de tissu hétérogène. Ayant ainsi greffé cinq petits lambeaux de peau de cochon d'Inde sur un ulcère de la jambe, ils contractèrent des adhérences, mais l'épiderme se détacha et entraîna les poils avec lui. Un autre lambeau de 3 centimètres de long sur 1 de large, comprenant toute l'épaisseur de la peau du ventre d'un chien, transplanté sur une malade, contracta aussi des adhérences avec chute de l'épiderme et des poils et résista même à un érysipèle. Mais un an après, il était complétement résorbé et il n'y avait plus à sa place qu'une cicatrice linéaire. L'analogie des tissus est donc indispensable, comme diverses expériences l'avaient déjà démontré. (*Soc. de chir.*)

Prix. Adoptant les conclusions de la commission du prix Amussat et sur le rapport de M. A. Moreau, l'Académie de médecine a décerné ce prix (voy. *année* 1872) à M. le docteur Reverdin pour sa découverte expérimentale de la greffe dermo-épidermique appliquée généralement aujourd'hui avec tant de succès contre la plupart des plaies résistant à la cicatrisation. Elle remplit, en effet, complétement le programme d'Amussat dont l'esprit ingénieux s'appliquait surtout à ces sortes de découvertes pratiques, utiles à la chirurgie. C'est donc une récompense juste et méritée.

Greffes conjonctivales. — Voy. Ophthalmologie.

GROSSESSE. *Signes importants.* C'est souvent une grande difficulté que le diagnostic de la grossesse, car en dehors des signes certains que l'on ne perçoit que tard et dans de certaines conditions, on est réduit à des signes rationnels qui ne prennent quelque valeur que s'ils sont groupés. Si, en l'absence de grossesse, l'utérus a augmenté de volume, ce diagnostic peut devenir d'une difficulté extrême. Quand l'utérus est resté petit, c'est un bon signe qui vient infirmer l'expression des autres. Il ne faut jamais manquer de pratiquer l'examen, car tous les signes rationnels peuvent se réunir pour tromper. C'est ce que l'on voit dans ce qui a reçu le nom de *grossesse nerveuse* où la disparition de tous les phénomènes, y compris l'augmentation de volume de l'abdomen, peut se produire en quelques heures.

Pour tous ces cas, un signe dans lequel M. Guéniot met beaucoup de confiance, est celui dû au développement des glandules de l'aréole, dits tubercules de Montgomery. Ce signe est d'autant meilleur que la femme ne le connaît pas. Il est indépendant de sa volonté et de son appréciation; il est bien rare qu'il accuse une fausse grossesse.

A ce signe, le docteur Adolphe Rasch ajoute la fluctuation du liquide amniotique qui peut être perçue dans quelques cas dès la septième semaine et toujours après le second mois. On l'obtient en introduisant deux doigts dans le vagin, l'autre main étant placée sur la paroi abdominale. Pour peu qu'il existe de liquide, elle se décèle comme dans le panaris, ne contenant que quelques gouttes de pus. L'auteur a réussi ainsi, depuis dix ans, à diagnostiquer la grossesse commençante où d'autres praticiens avaient échoué.

Un autre signe à ne pas négliger est le fréquent besoin d'uriner pendant la nuit, surtout s'il coïncide avec la fluctuation. (*Bristish med. journal*, août.)

Utéro-vaginoscope. A l'exemple du docteur Routh (voy. AUSCULTATION, *année* 1864), le docteur Verardini a fait construire un instrument spécial pour l'auscultation intra-vaginale de l'utérus et servir au diagnostic de la grossesse. Il les fait de gutta-percha de deux formes différentes, droit et courbe pour servir suivant que la femme est simplement couchée, placée sur le flanc ou en supination sur les coudes et les genoux. Le souffle utéro-placentaire qui s'entend alors est doux et prolongé, comme

dans les tumeurs anévrysmales, mais moins râpeux, sec et vibrant que celui-ci. Il indique sûrement la grossesse, et son absence peut servir, dans les cas d'expertise légale, à lever tous les doutes ou à indiquer l'existence de maladies utérines.

Ce souffle, très-prononcé dès les cinq à six premières semaines de la grossesse, cesse, en général, du sixième au septième mois. Quand on ne le rencontre pas dans une position, il est prudent de le chercher en en faisant prendre une autre à la femme. (*Acad. des sciences de Bologne*, décembre 1872.)

Vomissements incoërcibles. En préconisant l'accouchement provoqué dans ce cas, le docteur Mc Clintock donne la preuve de son efficacité, en relatant un exemple de succès dans le cas tout à fait désespéré d'une primipare. D'une statistique de 36 cas, 27 ont été suivis du rétablissement de la femme. Les vomissements ont cessé dans les 9 autres cas, mais la mort est survenue, soit par l'affaiblissement extrême des femmes, soit par la diarrhée, des hémorrhagies, la fièvre puerpérale ou d'autres complications consécutives. Dans 50 cas authentiques, au contraire, la persistance de ces vomissements sans l'accouchement provoqué a déterminé la mort.

L'embarras du praticien étant l'époque où il convient d'intervenir activement, le docteur Churchill se guide sur l'état du pouls. Dès qu'il devient plus fréquent, l'accouchement provoqué doit être proposé et ne peut être différé sans danger. (*Obst. Soc. of Dublin*, mars)

Survenus au cinquième mois, ces vomissements duraient depuis six semaines, malgré tous les moyens employés, quand le docteur Read, résolu à pratiquer l'accouchement prématuré avec l'appareil Barnes, fit placer la femme sur un lit, avec les cuisses élevées au-dessus du niveau des épaules. Ce changement de position suffit aussitôt pour mitiger les nausées et empêcher les vomissements; tellement que cette position conservée pendant dix jours suffit à amener un accouchement spontané au septième mois. (*Boston med. and surg. Journ.*, novembre.)

Il est permis d'inférer de cette solution qu'une inversion de l'utérus, comme M. Graily Hewitt l'admet dans tous les cas, existait au moins dans celui-ci, et entretenait les vomissements. En se réduisant spontanément, par l'effet même de la position prise, l'effet cessa par la disparition même de la cause.

Ponction des membranes. Appelé en consultation le 16 juillet pour provoquer l'avortement chez une femme au sixième mois de sa grossesse, qui vomissait solides et liquides et était tombée dans une faiblesse extrême, le professeur Pallen essaya vainement les injections morphinées sur la région épigastrique et les lavements de bouillon. Pour opérer l'avortement, il recourut à la ponction des membranes, parce que le fœtus n'était pas viable et ne pouvait être sauvé. D'autre part, ayant obtenu dans quelques cas la cessation de vomissements incoercibles, après la rupture des membranes dans des accouchements prématurés du huitième au neuvième mois, il voulait tenter ce simple moyen. Il lui réussit complétement. Une heure après la ponction, la femme mangea avec appétit du beefsteak qu'elle garda ; elle en fit de même le soir et passa une très-bonne nuit. Quarante-huit heures après l'opération, l'avortement eut lieu, et cette femme se rétablit. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre.)

Affections cutanées. Cherchant à déterminer dans quelles circonstances se produisent ces affections passagères, et en s'appuyant sur la statistique et la clinique, M. le professeur Hébra (de Vienne) a montré, dans une de ses leçons, que l'urticaire, par exemple, se rencontre le plus souvent chez des femmes grosses atteintes de tumeurs fibreuses ou autres de l'utérus ; que l'acné se voit surtout chez les leucorrhéiques et chez les femmes atteintes d'excroissances du col ; que l'eczéma se montre chez les chlorotiques et chez celles dont la menstruation était depuis longtemps irrégulière : que le prurit cutané se rencontre enfin chez les femmes âgées qui présentent des symptômes de cancer de l'utérus.

Il signale à l'observation des praticiens une affection mixte de la peau qu'il n'a rencontrée encore que cinq fois sur des femmes enceintes et dont la gravité n'est pas douteuse, puisque sur ce chiffre de cinq malades, il y a eu quatre morts. L'affection nouvelle tiendrait à la fois de l'impetigo et de l'herpès, d'où le nom d'*impetigo herpetiforma*. Ce sont des pustules pleines de pus en apparence et qui affectent un mode de groupement par extension périphérique. Elles ont l'aspect d'une pièce de monnaie quand elles sont réunies ; isolément, celui d'une tête d'épingle. En très-peu de jours, elles envahissent rapidement les jambes, les cuisses, l'abdomen, les bras, les mains, puis le

cou, la face. Le centre de la pustule est d'un brun noir, sa circonférence contient toujours du pus de couleur jaune. En même temps, il y a une fièvre intense, l'affaiblissement des forces a lieu rapidement : la production des pustules va en augmentant, et le sujet succombe. A l'autopsie, rien de particulier, rien qui fasse supposer aucun accident syphilitique. Le médecin de Vienne pense qu'il y a là une modification pathologique de l'appareil génital tout entier à étudier.

De l'influence des traumatismes sur la grossesse, par le docteur J. Massot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de la Faculté de Montpellier.

Grossesses extra-utérines. *Gastrotomie.* A propos de deux succès par ce moyen obtenus par M. Koeberlé, M. le docteur Keller conseille de recourir à l'avortement interne, au moyen des injections capillaires toxiques dans la première moitié de la grossesse. Plus tard, il faut attendre et, le terme arrivé, pratiquer la gastrotomie pour extraire l'enfant vivant ; la pratiquer encore quand le terme est passé et l'enfant mort.

Sur neuf observations de gastrotomie pratiquées à terme, pour extraire un enfant vivant ou mort récemment, la mère a été sauvée quatre fois ; dans cinq cas, l'enfant a survécu, et, dans un de ces faits, la grossesse étant double, on sauva la mère et les deux enfants. (*Gaz. hebdom.*) — Voy. PLACENTA.

H

HÉMATOCÈLE. Hématocèle rétro-utérine. PATHOGÉNIE. Aux causes signalées par tous les observateurs, M. Marrotte ajoute les névralgies lombo-abdominales comme s'y rattachant étroitement. A l'appui de son opinion, il relate trois observations, recueillies dans son service à l'Hôtel-Dieu, où des douleurs périodiques se manifestaient en effet avec l'apparition des hémorrhagies, mais sans qu'il en ressorte clairement que ces douleurs névralgiques concomitantes fussent cause ou effet. Trois autres observations, collectées dans les auteurs, donnent plus de consistance à son opinion, mais sans que cette nouvelle cause soit bien évidente. On voit bien des douleurs intermittentes combattues efficacement par le sulfate de quinine ou par les

injections hypodermiques morphinées, mais on se demande quelle en est la source. Jusqu'ici l'hématocèle en a été accusée comme produisant une péritonite subaiguë. De là, des applications de sangsues. C'est contre cette opinion et cette pratique, que le médecin de l'Hôtel-Dieu tend à réagir, en se fondant sur ce que les douleurs spontanées irrégulières ou périodiques sont aussi vives, plus vives même en pinçant et en soulevant la peau qu'en la pressant, qu'elles ont des foyers plus intenses, avec des exacerbations d'où elles s'irradient. On les rencontre surtout en dehors des limites occupées par l'hématocèle, à la région lombaire le long de la crête iliaque, à l'entrée du vagin, c'est-à-dire avec les caractères que l'on n'hésite pas à attribuer à la névralgie quand il n'existe pas d'hématocèle.

Des douleurs aussi intenses, symptomatiques d'une péritonite suraiguë, entraîneraient avec elles les phénomènes satellites et de celle-ci : face grippée, vomissements, fréquence, petitesse, irrégularité du pouls avec élévation de la température, qui n'existent pas.

On peut donc au moins conclure de ce mémoire, au point de vue pratique, que la thérapeutique doit être modifiée dans ces cas. Qu'elles soient cause ou effet, ces douleurs, dès qu'elles sont névralgiques et non inflammatoires, doivent être combattues en conséquence. On devra même les combattre préventivement en admettant que par la congestion qui en résulte, elles peuvent produire l'hématocèle. (*Arch. de méd.*, juillet.)

HÉMOGLOBINE. Principe sanguin abondant, surtout chez les vertébrés, et qui se rencontre aussi en faible proportion chez les invertébrés. Le chiffre, dosé par la détermination de la quantitité maximum d'oxygène absorbé par le sang chez un individu robuste, s'élève, suivant M. Quinquand, de 125 à 130 grammes pour 1000 grammes de sang; chez quelques sujets, on trouve 115 grammes sans qu'il en résulte d'état pathologique bien net.

Ses variations dans les maladies sont nombreuses, et son dosage exact peut servir au diagnostic et au pronostic. Ainsi, le cancer, la chlorose, parfois la phthisie tuberculeuse au troisième degré, sont les maladies qui abaissent le plus le chiffre de l'hémoglobine.

Lorsque, dans un cas de maladie fébrile aiguë, on hésite entre une fièvre typhoïde et une granulie aiguë, le chiffre de

l'hémoglobine est un élément sérieux pour le diagnostic : dans la fièvre typhoïde au douzième jour, l'hémoglobine ne descend guère au-dessous de 115, tandis qu'à pareille époque, dans la granulie, elle est à 90.

Dans les cas de certaines tumeurs viscérales, l'hémoglobine peut également servir au diagnostic. Dans la carcinome, par exemple, elle tombe à 40 et même 38, tandis que, dans les autres tumeurs (kystes, tumeurs fibreuses), elle reste aux environs de 80.

Lorsque, chez une femme, on hésite entre la chlorose et une tuberculose au premier degré, le dosage de l'hémoglobine peut servir à faire le diagnostic différentiel ; ainsi, en moyenne, dans la chlorose, l'hémoglobine descend à 57 et dans la tuberculose à 100 environ.

Quand, dans la fièvre typhoïde survenue chez un sujet bien portant, l'hémoglobine tombe à 96, le pronostic est grave. (*Acad. des sciences*, juillet.)

HÉMORRHAGIES. *Transfusion du sang défibriné.* Une récente application en a été faite à l'hôpital de Londres par M. Mac Carthy sur un jeune français. Il se promenait le vendredi soir 26 septembre, près des docks Victoria, lorsque saisi par deux hommes, il fut frappé à la cuisse droite, d'où résulta une ouverture de la veine fémorale au milieu de son trajet. La perte de sang fut telle qu'il était sans pouls lors de son entrée à l'hôpital. Tous les stimulants et les lavements nutritifs étaient sans effet lorsque la transfusion fut tentée. L'élève chargé du pansement, M. Latham, offrit généreusement son bras pour fournir le sang nécessaire. Une pinte fut extraite, et aussitôt défibriné, ce sang fut injecté dans la veine céphalique droite. Le blessé reprit connaissance pendant quelques minutes et le pouls reparut, mais la mort n'en survint pas moins dix minutes après cette louable tentative de transfusion.

Hémorrhagie de la protubérance. *Importance diagnostique de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux.* Une femme fut admise à la Pitié, service de M. Desnos, avec une hémiplégie du côté droit. Elle avait été prise la veille d'une perte de connaissance qui avait duré quelques heures. La paralysie était complète quant au mouvement dans les membres supérieur et inférieur droits. La face était paralysée du

même côté. En outre, on observait une rotation de la tête vers l'épaule droite, ainsi qu'une déviation conjuguée des yeux telle que l'œil droit regardait en dehors vers la droite, l'œil gauche vers la racine du nez. La rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux s'étaient donc effectuées du même côté que l'hémiplégie.

L'intelligence n'était pas abolie ; les diverses fonctions étaient normales.

Pendant quinze jours, cette femme vécut sans présenter d'autres phénomènes ; mais au bout de ce temps, il y eut une hémorrhagie foudroyante et mortelle du rein droit.

L'autopsie montra une dégénérescence athéromateuse généralisée des artères de l'encéphale et une hémorrhagie de la protubérance annulaire du volume d'une noisette. Le foyer était composé de sang en consistance de gelée de groseilles : il occupait le lobe gauche et envoyait, par la ligne médiane et le lobe droit, à quelques millimètres au-dessous du plancher du quatrième ventricule et de la protubérance, une très légère fusée hémorrhagique. Vers sa partie externe, dans le lobe gauche, le foyer avait détruit les points où passent les filets radiculaires des nerfs moteurs de l'œil, ainsi que les pièces anatomiques présentées à la Société médicale des hôpitaux l'ont démontré.

Ce fait tire son intérêt, d'abord, de sa rareté : les hémorrhagies de la protubérance sont peu fréquentes ; sur 386 cas d'hémorrhagies de l'encéphale, M. Andral n'en a relevé que 9 ayant pour siége le mésocéphale.

Secondement, le fait est curieux parce qu'il n'y a eu ni hémiplégie alterne, ni dyspnée, ni hématurie, phénomènes qui ont été observés dans la plupart des lésions de la protubérance. Il n'y avait non plus ni albuminurie, ni glycosurie : cela s'explique par l'intégrité du quatrième ventricule dans les points découverts par M. Cl. Bernard dans ses vivisections.

Troisièmement enfin, l'existence de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux, *du même côté que l'hémiplégie*, est un fait assez rare et qui semble, jusqu'à présent du moins, appartenir particulièrement aux lésions de l'isthme de l'encéphale (protubérance et cervelet). M. Prévost a réuni trois exemples qui concordent parfaitement avec le cas actuel (voy. Hémiplégie, 1865). Les observations de M. Prévost, tant sur les malades que dans les vivisections sur les animaux, prou-

vent que lorsque la tête et les yeux sont déviés du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de la lésion encéphalique, il existe une altération des hémisphères cérébraux. Les cas de ce dernier genre sont communs et ont pu être souvent vérifiés. (*Soc. méd. des hôpit.*, février, et *Union méd.*, n°s 36 et 37.)

D'après M. Brouardel, ce signe diagnostique n'est pas absolu, car dans une hémorrhagie siégeant en avant du corps strié gauche, la déviation conjuguée des yeux avait lieu à droite. Dans une autre lésion de l'hémisphère droit avec ramollissement du cervelet, les yeux étaient déviés à gauche.

M. Gubler qui, le premier, a signalé ce phénomène, admet la règle proposée par M. Desnos. D'après son explication que le siége du foyer de la lésion commande le sens de la déviation, suivant que les fibres ont subi ou non la décussation, la paralysie des yeux est directe ou croisée.

Cette déviation conjuguée des yeux dépend, suivant M. Féréol, de ce que le muscle droit interne reçoit son innervation de deux sources, comme l'avait déjà inféré M. Foville, d'une observation communiquée à la Société médicale de Paris en 1850. Lorsqu'il agit en synergie avec le muscle droit externe du côté opposé, l'incitation nerveuse viendrait de la sixième paire, et de la troisième lorsqu'il agit isolément ou en concordance avec le muscle droit interne du côté opposé. En effet, un phthisique de vingt-cinq ans entra dans son service de la Maison municipale de santé le 5 février 1873, avec une hémiplégie droite survenue un an auparavant, sans ictus apoplectique ; douleurs de tête très-violentes, revenant par accès, avec vomissements bilieux. On constate que l'œil gauche est gêné, limité dans ses mouvements. Il reste habituellement dans la position moyenne, sans être notablement dévié ; mais, si le mouvement d'adduction de la pupille vers l'angle palpébral interne s'exécute bien, il n'en est pas de même du mouvement contraire. Il est facile de s'assurer du fait en ordonnant au malade de suivre des yeux, sans tourner la tête, une bougie qu'on promène transversalement devant lui ; on constate alors que l'œil gauche s'arrête et refuse de suivre le mouvement qui l'amènerait dans l'angle palpébral externe. Mais, en même temps, on remarque que l'œil droit s'arrête aussi dans la position moyenne et refuse de suivre le mouvement qui l'amènerait dans l'angle interne. Les muscles droit externe de l'œil gauche et droit interne de l'œil droit restent donc, dans ce cas, associés dans la paralysie,

comme ils le sont à l'état normal dans l'action. Mais, ce qui est plus particulier, c'est que, si l'on couvre l'œil gauche, et qu'on recommence l'expérience, alors l'œil droit exécute son mouvement d'adduction qui l'amène dans l'angle palpébral interne. De plus, si, l'œil gauche restant à découvert, on commande au malade de regarder le bout de son nez, le double mouvement d'adduction des deux pupilles se fait bien ; les deux muscles droits internes se contractent ensemble.

A l'autopsie, les nerfs de la 6e et de la 3e paire paraissent absolument sains à leur émergence, mais par une section médiane de la protubérance, on découvre une tumeur jaunâtre, grosse comme une cerise, de consistance ferme, d'un blanc jaunâtre à la coupe, sans vascularisation ni suc, comme le tubercule confluent des os. Elle est placée dans l'étage supérieur de la protubérance, près de sa jonction au bulbe, et repousse en haut le plancher du 4e ventricule; un cinquième environ empiète seulement sur la moitié droite de la protubérance, le surplus est à gauche. Tout autour, la substance nerveuse est injectée; des anses vasculaires, très-bien dessinées, s'étendent jusque sur la partie supérieure du bulbe et le plancher du 4e ventricule.

Cette lésion occupait exactement le point correspondant au noyau d'origine du moteur oculaire externe gauche, sans s'étendre à l'origine du moteur oculaire commun tout à fait intact. La lésion de la 6e paire produisait donc l'inaction, la paralysie du droit interne de l'œil droit dans son mouvement connexe avec le droit externe gauche. L'absence de toute paralysie du facial, du glosso-pharyngien, limitaient le champ de la lésion aux origines de la 6e paire, et rendaient ainsi le diagnostic très-précis. L'envahissement de la paralysie à gauche dans les derniers jours, montrait que la lésion, limitée à gauche de la protubérance, s'étendait à droite, comme l'autopsie l'a démontré.

La déviation conjuguée des yeux rend donc infiniment probable l'existence de fibres communicantes entre les deux noyaux d'origine des nerfs de la 3e et de la 6e paire du côté opposé, à l'aide desquelles s'établit à l'état normal la synergie des muscles antagonistes de l'œil. Cette question d'anatomie et de physiologie normale, loin de se borner à l'œil, se retrouve d'ailleurs dans toute l'économie et peut être posée à propos de presque tous les mouvements du corps humain. Son examen dans la région de l'isthme de l'encéphale, à propos des

muscles de l'œil, peut servir à la résoudre partout ailleurs. (*Idem*, mars, et *Union méd.*, n° 47.)

La disposition anatomique telle qu'elle est figurée dans l'atlas de M. Lockart Clarke (*Philosoph. Transactions*, fig. B et C, 1868) rend compte, suivant lui, de ces symptômes. Les deux noyaux d'origine des troisième et sixième paires du même côté sont reliés entre eux par des fibres verticales qui traverseraient la protubérance parallèlement au raphé, à peu de distance du plancher du quatrième ventricule. C'est donc là une véritable découverte sur laquelle les anatomistes français, M. Luy en particulier, Stilling et Schrœder van der Kolk, n'avaient pas fixé l'attention.

Dans un cas moins précis, observé par M. Lépine, c'est-à-dire avec hémiplégie gauche et résolution à droite, la face et les yeux étaient déviés fortement à gauche. L'autopsie montra une petite lacune dans la protubérance et dans le corps strié du côté gauche. Et comme, dans un cas précédent, le corps strié était le siége de l'hémorrhagie, avec épanchement du sang dans les ventricules, M. Lépine attribue à cette dernière condition l'anomalie de la déviation de la face et des yeux. (*Soc. de biol.*, janvier.)

L'albumine et le sucre dans l'urine, comme signe diagnostique de son siége. Un homme ayant été apporté à l'Hôtel-Dieu en état de résolution complète et de perte de connaissance, en l'absence de renseignements, M. Liouville, chef de clinique, chercha à établir son diagnostic de la manière suivante : Le malade était tombé comme sidéré dans la rue, après un repas copieux et des vomissements abondants, dont ses vêtements étaient souillés. Les membres étaient dans une résolution complète; la sensibilité n'était que modifiée. Une hémorrhagie de la protubérance était donc probable. Pour s'en assurer, M. Liouville recueillit de l'urine par le cathétérisme et y constata par l'examen une proportion considérable d'albumine et de sucre. Or, le malade ne présentant dans son aspect aucun caractère d'une affection telle que le diabète ou la maladie de Bright, il en conclut que ce sucre et cette albumine s'étaient produits depuis l'accident, c'est-à-dire depuis quelques heures seulement. Et remontant de l'effet à la cause, il conclut, suivant la célèbre expérience de M. Cl. Bernard, que la paroi postérieure du quatrième ventricule était comprise dans la lésion des centres

nerveux. On sait avec quelle rapidité extrême se produit la glycosurie et l'albuminurie à la suite de ces lésions.

Le malade ayant succombé presque aussitôt, l'autopsie confirma le diagnostic déduit de cette donnée physiologique. Une hémorrhagie avait envahi une grande partie de la protubérance et intéressé la partie supérieure placée au-dessus des nerfs auditifs de la paroi du quatrième ventricule. C'est donc là un signe important pour préciser le siége des lésions dans les hémorrhagies de la protubérance. (*Gaz. des hôp.*)

Ce signe n'est pourtant pas constant, comme le prouve l'observation de M. Féréol. Là, la tumeur bulbaire arrivait jusqu'au voisinage du 4e ventricule, dont le plancher était même un peu injecté et les fibres légèrement dissociées, et c'est en vain qu'à plusieurs reprises, pendant la maladie, il a recherché le sucre dans les urines. Malheureusement le fait n'a pas été recherché au moment de la mort.

Hémorrhagies post-partum. Un signe qui peut les faire craindre, suivant M. Ewing Whittle, est le caractère aigu et le peu de durée des douleurs, soit quarante à cinquante secondes avec des intervalles de cinq à six minutes. Quoique le travail marche bien et que la tête progresse chaque fois, on peut être sûr d'avoir une hémorrhagie après la délivrance, à moins qu'on ne la prévienne en modifiant le caractère des douleurs, en les rendant plus longues et leurs intervalles plus courts. On comprend facilement le résultat, puisqu'à une contraction brusque de l'utérus succède un relâchement absolu ; après que l'enfant est venu, l'utérus se relâche, une ou deux douleurs violentes expulsent le placenta, puis l'utérus se relâche encore.

On peut réussir en surveillant l'accouchement, en excitant directement les contractions de l'utérus ; mais il suffit que la femme ait la fibre utérine peu sensible et peu excitable pour qu'on ne puisse prévenir une hémorrhagie grave.

Ayant reconnu la nécessité d'intervenir, M. Ewing Whittle, dès que l'orifice est complétement dilaté, donne une forte dose d'ergot qu'il renouvelle si, une heure après environ, les douleurs ne sont pas modifiées. Aux primipares, il est prudent de ne pas donner l'ergot avant que la vulve et le périnée soient relâchés ; il faut aussi donner des doses moindres, l'action de l'ergot étant souvent très-vive sur les primipares. D'ordinaire, vingt minutes après l'emploi de l'ergot, l'utérus a des contractions plus longues

et plus fréquentes, et quand la délivrance est faite, l'utérus se maintient contracté. M. Whittle se sert de l'extrait liquide d'ergot, deux fois plus concentré que l'ergotine, dont il donne une cuillerée à thé. Sur 3750 accouchements, exécutés pendant une période de vingt ans, il a suivi cette pratique et n'a eu qu'une seule hémorrhagie après la délivrance, un jour qu'il n'avait pas d'ergot. (*British med. Journ.*)

Injections de perchlorure de fer. A l'occasion d'un cas de ce genre rapporté par le docteur Heywood Smith, à la Société obstétricale de Londres, le 5 février, et terminé fatalement, une discussion s'est élevée sur la valeur de ce moyen. Il n'est pas sans nocuité pour l'auteur, en obstruant les sinus utérins et en produisant la rétention du sang. Une fièvre puerpérale mortelle suivit son emploi trois à quatre jours après les douleurs qu'il avait déterminées presque immédiatement, dans un cas relaté par M. Routh et observé par M. Barnes. De même, dans un cas observé par M. Graily Hewitt. Des accidents de rétention du sang ont été observés également par M. Braxton Hicks après son emploi, qui étaient provoqués par la présence de caillots dans l'utérus. Leur extraction et le lavage de l'utérus les firent cesser; ce ne sont pas là, pour M. le docteur Philippe, des arguments valables contre son emploi. D'autre part, le docteur Sell (de New-York) l'a vu employer dans tous les cas d'hémorrhagies *post-partum*, à l'Université de Vienne, où de 7 à 9000 accouchements ont lieu chaque année sans aucun accident. On y recourt dès que le seigle ergoté et les injections d'eau froide n'arrêtent pas l'hémorrhagie. La dose est de 4 grammes pour une pinte d'eau. M. Playfair regretterait que cette discussion jetât du doute sur la valeur hémostatique de ces injections. Il les a souvent employées, une seule fois infructueusement sans aucun accident. (*Lancet*, mars.)

La question reste donc en suspens. La divergence des résultats peut tenir à la différence des doses, et nous conseillons de n'employer jamais ces injections que très-diluées et avec la solution normale et identique du perchlorure neutre d'Adrian.

Hémoptysie. Une solution concentrée de perchlorure de fer avec quelques gouttes d'essence de térébenthine chauffée et dont le malade inhale les vapeurs, a parfaitement réussi à deux reprises à arrêter une hémoptysie rebelle à tous les autres

moyens internes et externes. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, juin.)

Hémorrhagies dans les opérations des membres inférieurs. *Compression élastique.* Sous le titre de *Ueber Blutersparung bei Operationen an der Extremitäten*, le professeur Esmarch a fait une communication importante au Congrès des chirurgiens allemands sur l'hémostase, qui consiste à vider autant que possible les vaisseaux du sang qu'ils contiennent avant de commencer l'opération, et d'en prévenir le retour par une puissante compression durant l'opération.

Par exemple, qu'un séquestre doive être détaché du tibia, et alors un bandage élastique ou autre est appliqué, depuis la pointe des orteils jusqu'au milieu de la cuisse, pendant que le malade est chloroformé. Il doit être assez serré pour pousser la plus grande partie du sang des capillaires et des veines vers le cœur. Au-dessus du bandage, un tube en caoutchouc, gros comme le pouce, est alors étroitement serré autour de la cuisse pour arrêter complétement la circulation. Si l'opéré est très-musculeux, un coussinet est placé sur l'artère principale.

Le bandage enlevé, on commence immédiatement l'opération. La peau du membre est pâle, et aucune pulsation n'est sentie. La première incision laisse couler un peu de sang noir des veines profondes, mais l'écoulement cesse bientôt et l'opération peut être terminée *à blanc*, sans qu'il coule plus de sang que d'un cadavre ; l'opérateur n'est ainsi gêné ni par son effusion, ni par les éponges des aides. L'hémorrhagie, parfois profuse et dangereuse, est non-seulement ainsi prévenue, mais l'opération en est rendue bien plus facile et plus prompte.

M. Mac Cormac a employé cette méthode dans un cas de nécrose du tibia sur un enfant faible et délicat. Pendant près d'un quart d'heure qu'a duré l'extraction, pas une seule goutte de sang n'est venue gêner le champ visuel, et l'opéré ne fut pas affaibli ni gêné par l'appareil élastique. M. Arnott l'a également employée dans une excision du genou, sans qu'une goutte de sang s'écoulât pendant une demi-heure. Elle a donc grande chance de se vulgariser. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 32, et *London med. Record*, août.)

Le professeur Billroth a employé cette méthode dans 14 cas pour en vérifier l'efficacité, savoir : 2 nécroses étendues du tibia, 3 résections du pied, 2 du coude, 2 amputations de Chopart,

4 amputations de cuisse et une désarticulation de la hanche. Sauf dans ce dernier cas et un autre où le genou était fléchi à angle droit, et dans lesquels la méthode ne put être employée qu'imparfaitement et rendit ainsi l'hémostase incomplète, elle réussit parfaitement dans les 12 autres, 11 de ces opérés ont guéri. Un seul est mort ainsi que les deux précédents.

Afin de juger si cette constriction, en déterminant l'anémie du membre, diminuait la douleur, M. Billroth a exécuté une de ces opérations sans chloroforme. La douleur a été la même : donc il n'y a pas d'anesthésie locale.

Il croit dangereux d'y recourir dans les amputations pour gangrène ou abcès septiques en faisant remonter des globules toxiques dans la circulation. (*Wiener mediz. Woch.*, juillet.)

M. A. Menzel (de Trieste) a également expérimenté avec succès cette nouvelle méthode hémostatique, dans une opération capitale. Il s'agissait d'un homme, grand et gros, de soixante-cinq ans, portant à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, une tumeur aussi grosse que la tête d'un nouveau-né. Son origine datait de cinq mois; elle était à peine douloureuse, dure, inégale et mobile seulement latéralement.

L'excision, très-laborieuse, dura trois quarts d'heure, car cette tumeur, intimement adhérente aux muscles et au périoste, nécessita la ligature de plusieurs vaisseaux. Pas une goutte de sang ne coula. Aucune hémorrhagie consécutive n'eut lieu après l'enlèvement de l'anneau élastique. (*Gazz. med. Lombard.* juin.)

MM. Bœckel (de Strasbourg) en ont aussi vérifié les avantages dans plusieurs cas. Dans une amputation de cuisse, chez un garçon de treize ans, portant une tumeur sarcomateuse du genou, on commença par chasser le sang de l'extrémité du membre au moyen d'une bande en toile, allant du pied jusqu'au genou. Puis, au lieu d'entourer la cuisse de la bande élastique, on se contenta d'appliquer, à la racine du membre, un gros tube en caoutchouc, en faisant deux fois et demie le tour. La section des chairs se fit sans la moindre hémorrhagie, absolument comme sur le cadavre. Les ligatures faites, on desserra graduellement le tube, et ce n'est qu'à la fin que de petites artérioles donnèrent du sang.

Dans une amputation de l'avant-bras gauche, l'opéré ne perdit pas une goutte de sang. De même que dans une amputation de jambe et plusieurs désarticulations de doigts. C'est donc là un mode de compression commode et simple, surtout

pour les praticiens de la campagne réduits le plus souvent à leurs propres ressources et ne terminant leurs opérations qu'au milieu des plus grandes difficultés. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 17.)

Une réclamation de priorité est faite à cet égard en faveur du chirurgien anglais Clover. Après un coup de feu à la partie inférieure de la cuisse, reçu vingt ans auparavant, une nécrose étant survenue, M. Clover procéda à l'amputation le 9 juillet 1852, de la manière suivante :

Le membre fut élevé et une bande étroite, très-serrée, fut appliquée depuis le bout des orteils jusque près du périnée. Un tourniquet fut fixé sur le bandage et le membre réséqué par des lambeaux antéro-postérieurs à 2 pouces au-dessous du petit trochanter. A peine s'il y eut du sang de perdu, et le malade guérit.

Ce fait est consigné dans les trois dernières éditions de l'ouvrage de M. Ericksen, témoin de ce fait : *Science and art of Surgery*. Ce procédé ne diffère donc que par l'emploi du tourniquet au lieu d'un anneau de caoutchouc, mais l'ensemble et les faits sont les mêmes. L'élévation du membre, suivie de douces frictions faites de bas en haut, quelques minutes avant l'application du tourniquet, pourrait même suffire. Il est très-employé à Édimbourg. Le mérite de M. Esmarch consiste donc à en avoir étendu l'usage à d'autres opérations. (*Lancet*, 18 octobre.)

La chirurgie italienne réclame aussi cette priorité, en faveur de M. Silvestri de Vicence. Mais ce qu'il y a de positif, c'est que dès 1856, M. Chassaignac a appliqué des tubes en caoutchouc pour arrêter la circulation artérielle, ainsi que cela est consigné dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* du 18 octobre 1856. De plus, M. Guyon emploie depuis plus d'une année, la méthode de Clover contre l'hémorrhagie veineuse. Dès que commence la chloroformisation, il fait élever le membre et le maintient ainsi jusqu'à l'anesthésie complète, et établit la compression artérielle avant de l'abaisser, afin d'arrêter tout apport de sang dans les veines. Un lien constricteur est ensuite très-fortement serré, immédiatement au-dessus où la section doit être pratiquée. Dans une série de grandes opérations, pratiquées suivant ces règles, il ne s'est écoulé qu'une très-minime quantité de sang. M. Lannelongue ayant également employé ce procédé dans une désarticulation de la han-

che, contre un ostéo-sarcôme très-volumineux de la cuisse, a pu la terminer, sans qu'il se soit écoulé plus de 30 à 40 grammes de sang.

Ce ne sont là, il faut le reconnaître, que des tentatives que la méthode de M. Esmarch a complétées. Si la priorité de l'idéo ne lui appartient pas, il a du moins le mérite de la plus heureuse application. Elle est si simple et si facile qu'il a suffi de sa publication pour qu'elle se généralisât aussitôt. C'est ainsi que pendant son récent séjour à Vienne, M. Demarquay l'a vue mettre en pratique par le professeur Mosetig, pour une amputation de la cuisse et une amputation du pied, avec perte de quelques grammes de sang seulement. Lui-même y a eu recours, dans une amputation de la jambe droite, à la partie inférieure, sans que l'opérée ait perdu plus de vingt gouttes de sang. Il l'a employée avec le même succès pour une ablation de l'indicateur et du métacarpien correspondant; ainsi que pour une tumeur fibro-vasculaire du bras droit d'un enfant.

Ce procédé d'hémostase a donc de grands avantages et rendra de véritables services aux chirurgiens en leur permettant de pratiquer les opérations les plus graves avec plus de facilités et moins d'aides. Plus de crainte dès-lors pour la compression; toute hémorrhagie est sûrement prévenue, ainsi que l'excès de force de la compression digitale. La douleur résultant de la compression est très-supportable et le refoulement du sang n'a eu jusqu'ici aucune suite fâcheuse, non plus que la constriction opérée sur de gros vaisseaux.

Il y a pourtant quelques réserves à faire sur son emploi. Elle peut avoir des conséquences funestes en chassant dans le torrent circulatoire des embolies septiques et des caillots purulents. Elle n'est donc pas applicable dans les amputations secondaires pratiquées pour des fractures comminutives avec communication du foyer à l'extérieur et quelques autres cas. Il y aura lieu de recourir alors à l'élévation du membre qui se prête sans danger à toutes les amputations. (*Soc. de chir.*, octobre.)

HÉMORRHOIDES. *Cautérisation radiée.* Après les cautérisations ponctuées avec l'acide nitrique fumant ou le fer rouge, M. Laroyenne emploie la modification suivante : il applique sur les parties saillantes du bourrelet variqueux des traînées linéaires de pâte de Vienne convergeant vers l'orifice anal, après l'avoir

obturé par une petite mèche. La douleur en résultant, quoique ne durant que deux à trois minutes, exige l'anesthésie préalable des malades. Deux à trois minutes après, de petits fragments de pâte de chlorure de zinc, un peu molle, sont appliqués sur les parties noires. De larges et épais plumasseaux de charpie cérates les recouvrent, maintenus d'un bandage contentif. Après six à huit heures on enlève le tout.

Employé dans 14 cas, ce procédé a toujours réussi, que les hémorrhoïdes fussent réductibles ou non. Moins de vingt-quatre heures après l'application, le malade est soulagé, la turgescence des veines a cessé par leur ouverture, et la rétraction cicatricielle suffit à la faire disparaître. En pénétrant dans le tissu lacuneux, le caustique l'imprègne et le détruit, en respectant les parois veineuses qu'on a voulu ménager.

La réaction inflammatoire est plus modérée que par une cautérisation en masse ; les douleurs sont moins vives et la cicatrisation plus prompte. Les rétrécissements du rectum sont ainsi prévenus comme les hémorrhagies. (*Lyon médical.*)

HÉMOSTASE. — Voy. Hémorrhagies.

HERNIES. *Injections morphinées.* Au lieu de l'anesthésie générale, le docteur Szatyory, dans des cas de hernie irréductible, eut l'idée de provoquer une sédation locale. Il injecta sur le trajet du canal inguinal quelques gouttes d'une solution de morphine au 30e. Quelques instants après, le taxis amenait aisément la réduction. (*Algem. Wien. med. Zeitung.*)

Poudres gazéifères. Un boucher âgé de quarante-cinq ans portait une double hernie inguinale depuis cinq ans lorsque, le 11 avril dernier, celle de gauche s'étrangla. Un taxis prolongé pendant plusieurs heures, par M. Torres et l'un de ses confrères, ne pouvant arriver à la réduction, malgré l'emploi des sangsues et des ventouses, de la glace, de la belladone, des lavements de tabac et de tout ce qui se fait en pareil cas, il ne restait plus que la kélotomie à proposer, et que la famille refusa. On était au 14, c'est-à-dire au troisième jour de l'étranglement, avec vomissements de matières fécales et prostration extrême, lorsque M. Torres, percevant des gaz dans le sac herniaire, eut l'heureuse idée d'*augmenter la force pour vaincre la résistance*, par le développement artificiel de gaz dans l'intestin. C'était la même

idée que cet infirmier mit à exécution avec succès sur un prisonnier de Californie atteint d'étranglement herniaire et dont l'observation, rapportée l'an dernier par le docteur Taliaferro, a été reproduite partout. Des injections furent donc faites dans le rectum avec 15 grammes de bicarbonate de soude dans 250 grammes d'eau, et ensuite avec l'acide tartrique. Des gargouillements bruyants s'ensuivirent sans que le malade en accusât de la douleur. Ces injections furent répétées, et l'effet fut une diminution de la tumeur herniaire et une amélioration de l'état général, mais sans que des selles survinssent. Ce n'est que le 16 au matin que la tumeur, réduite à un tiers de son volume, une nouvelle injection ayant été faite, M. Torres tenta de nouveau le taxis pendant le développement des gaz et sentit immédiatement la réduction s'opérer. En même temps, la force des gaz, vainquant celle du sphincter anal, lança à une grande distance un liquide spumeux et fétide mêlé d'excréments. (*Siglo medico*, juillet.)

Ce succès est un puissant encouragement pour ce nouveau mode de traitement de certains étranglements herniaires. S'il est vrai que l'usage topique de la glace et l'emploi interne de la belladone, continués jusqu'à la fin, ont pu avoir une certaine influence sur la réduction, il n'en ressort pas moins que le développement artificiel des gaz a été la cause déterminante de cette réduction.

Ponction du sac. Elle peut suffire, d'après M. Verneuil, au succès de la réduction. Dans une hernie crurale étranglée, ayant pratiqué la ponction aspiratrice avec l'aiguille n° 2, après un taxis inutile, il y eut issue de sang spumeux, noirâtre, d'une odeur stercorale prononcée, bien que l'opérateur crût n'avoir pénétré que dans le sac. Le taxis fit bientôt rentrer l'intestin, mais il s'écoula 1 à 2 grammes de sang par la piqûre de l'aiguille, et un phlegmon survint dont le pus avait une odeur infecte, quoique sans communication avec l'intestin.

Pour savoir absolument si le liquide évacué vient du sac ou de l'intestin, il suffit de recourir à l'examen microscopique ; le liquide intestinal contient toujours de nombreuses cellules d'épithélium cylindrique que celui du sac ne renferme pas. (*Soc. de chir.*, février.)

Ponction de l'intestin. Lorsque M. Dolbeau, servi par l'ingé-

nieux aspirateur de M. Dieulafoy, employa la ponction des hernies étranglées volumineuses, pour en faciliter la réduction par l'issue de gaz et de liquides, ce moyen était généralement ignoré. Les succès de la ponction contre les pneumatoses intestinales, remise en honneur, paraissaient seuls la justifier.—Voy. *années* 1870-1871.

Depuis, cette méthode est devenue générale, universelle, commune à tous les praticiens; mais, loin d'en faire honneur à celui qui l'a au moins ressuscitée et perfectionnée, on en fait remonter l'usage à des temps reculés. A propos d'un succès obtenu à l'hôpital civil de Palerme, sur un homme de trente-sept ans, par l'issue, à deux reprises, de gaz et de liquides, le professeur Albanèse remarque que cette méthode, très-ancienne, était employée par Ambroise Paré à l'aide de fines aiguilles et de trocart qui, en déterminant l'issue des gaz, rendait la réduction des hernies étranglées plus facile. On ne saurait méconnaître la différence des deux méthodes et le progrès, la simplicité et la sécurité en faveur de celle inaugurée par M. Dolbeau. L'honneur doit donc lui en revenir, ainsi qu'à l'ingénieux aspirateur, qui doit être employé de préférence à la ponction simple.

Ce n'est qu'à défaut de cet instrument qu'il est permis de recourir au simple trocart, bien que par ce moyen on puisse obtenir des succès, comme le fait suivant en est la preuve :

Un fermier de cinquante-deux ans était atteint, depuis vingt-cinq ans, d'une hernie inguinale d'un petit volume, de réduction facile. Il ne s'était jamais servi d'un bandage. Le 15 septembre dernier, à la suite d'un violent effort, la hernie sort et s'étrangle. Le docteur Fruchard échoue dans les tentatives de taxis. Huit heures après l'accident, la hernie avait acquis le volume d'une tête d'adulte ; les vomissements, d'abord alimentaires et bilieux, devinrent fécaloïdes. De nouvelles tentatives de taxis, pratiquées pendant le sommeil chloroformique, ne donnèrent aucun résultat. N'ayant à sa disposition ni aiguille fine, ni aspirateur, le docteur Bousseau ponctionna la hernie avec le trocart explorateur de trousse ; il s'écoula une grande quantité de gaz et un demi-verre de liquide à odeur stercorale. Une demi-heure après, le patient voulut se lever, et la hernie rentra spontanément. Quarante-huit heures après, il se remettait à porter de lourds fardeaux. (*Union méd.*, n° 26.)

Ce succès ne dispense pas de recourir à l'aspirateur. On ne saurait prendre trop de précautions en pareil cas.

D'une statistique recueillie par M. Demarquay, il résulte que sur 23 hernies étranglées où l'aspiration a été appliquée, la réduction en a été favorisée 13 fois d'une manière incontestable. Et si, dans les 10 autres, elle a échoué et manqué son but, c'est que souvent aussi elle n'a point été faite avec assez de précision. De plus, elle a été innocente et n'a jamais aggravé la situation du malade. Un signe indicateur qu'elle est bien faite et suivie de succès, est le bruit particulier que font les liquides et les gaz en se déplaçant dans l'intestin quand a cessé la distension de cet organe, cause d'étranglement dans une certaine mesure. Il ne faut donc pas tenter le taxis avant l'affaissement de la tumeur. L'aspiration bien faite n'a pas les mêmes inconvénients que le taxis forcé ou prolongé; en faisant disparaître les gaz et les liquides, elle le facilite et en devient le plus puissant auxiliaire. Mais il faut l'appliquer le plus tôt possible.

M. le docteur Bailly l'a pratiquée en mettant le sac herniaire à nu, après vingt-quatre heures d'étranglement d'une hernie crurale. M. Demarquay préfère découvrir l'intestin et l'examiner avant de le ponctionner. L'aspiration après cela peut permettre de réduire sans débridement ou tout au moins de rendre celui-ci beaucoup plus facile. Il est donc en faveur de cette opération. (*Union méd.*, n° 145, 1872.)

Kélotomie. Sur plus de 200 opérés, M. John Wood dit, dans son *Adress*, n'avoir perdu que 3 opérés; mais c'est à la condition que les sujets soient sains et n'aient pas moins de vingt et un ans. Dans ces cas, le péritoine peut être entamé et manœuvré aussi librement que tout autre tissu. Aussi ne craint-il pas, après la réduction, de faire une suture profonde avec des fils d'argent et une autre suture superficielle. Les succès annoncés justifient la valeur de cette méthode. (*British med. Association.*)

Sur 10 opérations faites en douze années, en Bretagne, dans un pays où les hernieux sont très-nombreux, M. le docteur Thibault a obtenu 7 succès (5 hommes et 2 femmes) dont 6 sans aucun accident consécutif à l'opération; 2 des opérés ont succombé presque immédiatement, alors que l'opération avait été pratiquée tardivement et presque *in extremis*. Un seul est mort de péritonite.

Des 7 guérisons, 4 étaient des hernies inguinales, 3 crurales, 5 formées de l'intestin seul et 2 de l'intestin et de l'épi-

ploon à la fois ; 3 avaient la grosseur d'une noix, 2 celle d'une pomme, 1 celle du poing et 1 autre le double.

4 des opérées, de mauvaise santé habituelle, ont cependant mieux guéri que les opérés tardivement qui se portaient mieux. Leur âge variait de quarante-cinq à soixante-deux ans.

D'où cette conclusion que cette opération n'est pas aussi redoutable que le prétendent les chirurgiens, et que les accidents qu'elle comporte, lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure, après un taxis non prolongé, sont moins graves que ceux du taxis prolongé et forcé. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, n° 1.)

Outre que ce petit nombre de faits n'autorise guère cette conclusion, il faudrait, pour la justifier, un examen comparatif d'autant de hernies étranglées dans des conditions analogues et traitées par le taxis méthodiquement pratiqué. Jamais celui-ci, systématiquement prolongé et forcé, n'a pu être mis en parallèle avec l'emploi raisonné de ce moyen. C'est donc toujours à lui qu'il faut recourir et n'opérer qu'après son insuccès.

Hernie de la trachée. — Voy. Trachéocèle.

HERPÈS. Herpès traumatique. Il existe des faits démontrant que, parmi les troubles de nutrition consécutifs à des lésions des nerfs, la production d'éruptions vésiculeuses, bulleuses, du zona ou herpès, est un phénomène assez souvent observé pour qu'on soit autorisé à admettre sûrement un herpès ou zona traumatique.

M. Verneuil donne à l'herpès traumatique un sens bien plus large, car il comprend sous ce titre toutes les éruptions d'herpès observées chez les blessés, et paraissant avoir quelque rapport avec le traumatisme. Il en admet ainsi trois variétés dont il cite des observations.

La première variété dénommée *herpès périphérique* est la forme connue de l'herpès traumatique caractérisée par une éruption vésiculeuse, précédée ou accompagnée de douleurs, quelquefois seulement d'hyperesthésie ; c'est elle qui se produit à la suite des lésions des nerfs dans leur continuité : l'éruption a lieu entre le point lésé et les terminaisons.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur cette variété, la seule décrite jusqu'à ce jour ; il suffit de rappeler qu'en général on admet, comme cause des troubles nutritifs, une névrite de cause traumatique, et, de plus, les faits de Charcot, Samuel, et

Bærensprung, semblent démontrer que des lésions de la moelle, du cerveau, des ganglions sympathiques, peuvent déterminer les mêmes troubles.

Dans le fait rapporté par M. Verneuil, il est fort difficile de déterminer le siége précis du traumatisme. Il s'agit d'une fracture de la base du crâne traversant le sinus sphénoïdal et intéressant les deux rochers avec paralysie du nerf moteur oculaire externe et du facial d'un côté. Le seizième jour après l'accident, le malade fut pris de fièvre avec hyperesthésie de la face, du côté paralysé ; bientôt, on vit apparaître des vésicules d'herpès à la joue, à l'aile du nez, à la lèvre supérieure du même côté. On s'expliquerait difficilement que la lésion du facial, nerf moteur, fût la cause de cet herpès. M. Verneuil présume une lésion partielle du ganglion de Gasser. Il est prudent, en effet, de s'arrêter dans un cas aussi complexe à une simple supposition.

La seconde variété est l'*herpès de voisinage*, c'est-à-dire se produisant, non plus sur la périphérie du nerf au delà de la lésion, mais au voisinage de la lésion du nerf, celui-ci ayant été sectionné dans les cas observés. Dans une première observation, il s'agit d'un amputé du médius, qui, sept ou huit mois après l'opération, éprouva des douleurs intolérables dans la cicatrice ; celles-ci disparurent brusquement en même temps qu'il se produisit une éruption d'herpès aux lèvres, et quelques groupes de vésicules d'herpès sur les lambeaux.

La seconde opération est également un exemple d'herpès produit sur le moignon d'un amputé de cuisse. Dans ces deux cas, les malades avaient eu déjà de l'herpès, et chez tous deux, l'éruption s'accompagna de phénomènes fébriles.

La troisième variété est l'*herpès à distance*, c'est-à-dire se produisant chez les opérés en dehors du lieu de l'opération, sur le trajet des nerfs qui n'ont pas été intéressés par l'instrument tranchant.

Dans un premier cas, c'est un herpès labial et guttural survenant à la suite de la section du voile du palais ; dans un second cas, une malade opérée d'une tumeur au sein présente à la fois une éruption d'herpès à la paupière et à la commissure labiale avec phénomènes particuliers dans la plaie : hyperesthésie, aspect pultacé diphthéroïde des bourgeons charnus. Enfin, une troisième, opérée d'une tumeur du maxillaire, présente une première fois, après l'opération, de l'herpès de la face avec fièvre ; une seconde opération, rendue nécessaire par la récidive, est

également suivie d herpès de la face avec complication d'érysipèle.

Telles sont les bases de ces trois variétés d'herpès chez les blessés.

La première variété est franchement traumatique ; en est-il de même des deux autres? Pour l'*herpès de voisinage* ou l'herpès des moignons d'amputés, la relation entre le traumatisme et l'herpès est déjà plus difficile à comprendre. S'agit-il ici d'une névrite par action réflexe, d'une névrite ascendante ou collatérale occupant certains faisceaux du nerf coupé ? C'est une hypothèse qui manque de consécration matérielle : à la névrite il faudrait peut-être ajouter une action réflexe pour donner une explication de l'*herpès à distance*. Il y a probablement, suivant M. Verneuil, une cause plus générale. Le traumatisme a semblé, dans plusieurs cas, réveiller les manifestations cutanées des diathèses ; l'herpès se rencontre dans la pneumonie traumatique et dans la septicémie ; on peut donc admettre que ces herpès traumatiques sont liés à un état particulier du sang ; d'ailleurs plusieurs des opérés avaient présenté des éruptions antérieurement.

L'herpès traumatique, envisagé de ce point de vue, devient presque une affection médicale ; ce qui est tout naturel, puisqu'en pathologie générale, on séparerait difficilement les affections dites chirurgicales, des maladies.

M. Parrot l'a admis ainsi en rapprochant ces observations de celles qu'il a publiées sous le nom de fièvre herpétique (voy. *année* 1872). Il ne reconnaît pas nettement dans ces faits le mode d'action du traumatisme ; il les considère comme des exemples de fièvre herpétique. Le traumatisme cependant peut être cause de la localisation des groupes de vésicules herpétiques, parce que, dans la fièvre herpétique, il a observé que les vésicules se produisent de préférence au voisinage des excoriations de la peau et des muqueuses.

Quelle que soit la valeur qu'on accorde à l'influence du traumatisme sur la production de l'herpès de voisinage et à distance, on reconnaîtra que M. Verneuil, en précisant les diverses conditions dans lesquelles se montre l'herpès chez les blessés, facilite le classement ultérieur des faits à observer, et, montrant les difficultés de l'interprétation, il appelle l'attention sur les particularités qui doivent rendre profitables les observations cliniques. Et parmi ces sujets d'étude, l'état diphthéroïde des

plaies, l'hyperesthésie de leur surface chez les blessés atteints d'herpès fébrile, offrent un grand intérêt pour les chirurgiens. (*Gaz. hebdom.*)

Herpès circiné. *Poudre antiherpétique d'araroba.* L'herpès circiné règne endémiquement en Cochinchine et atteint principalement les Européens, surtout aux changements de saison. Une poudre secrète, vendue à poids d'or, à Saïgon, sous le nom de *Poh-baïa*, est employée avec le plus grand succès. Après une friction avec du vinaigre fort, on projette cette poudre sur les plaques d'herpès et, en cinq ou six jours, les cas les plus invétérés sont guéris.

M. Palasne-Champeaux, médecin de la marine, s'est assuré que ce nom n'était que la corruption de *Po do Bahia* (poudre de Bahia), et que cette poudre provenait de l'araroba, arbre de l'intérieur du Brésil. L'araroba est reçu à Bahia en fragments appartenant à l'aubier, irrégulièrement concassés, d'une couleur jaune rougeâtre, analogue à celle de la rhubarbe. Ses propriétés irritantes en rendent la pulvérisation dangereuse. Elle donne une poudre rouge-brun, plus foncée que celle de l'aubier, et possède une grande réputation, au Brésil, comme antidartreuse. Ces résultats thérapeutiques sont identiques avec l'antiherpétique de Saïgon. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

HÉTÉROGÉNIE. De même qu'en France, la génération spontanée a ses partisans et ses adversaires en Angleterre, et des expériences contradictoires, de grandes discussions ont lieu à cet égard. Tandis que le professeur Sanderson maintient que ni la fermentation, ni la putréfaction, avec les germes des bactéries, n'est pas soumise aux germes de l'atmosphère, M. Lister soutient, au contraire, avec M. Pasteur, que ceux-ci sont indispensables pour en provoquer le développement. Voici les nouvelles expériences faites par ce dernier, en faveur de la panspermie :

Plaçant de l'urine dans des vases préalablement chauffés, et les recouvrant d'une coupe en porcelaine sous cloche, il a pu la conserver libre de tout développement organique, c'est-à-dire de putréfaction, pendant des mois entiers. Exposée à l'air libre, la même urine se putréfiait aussitôt en se peuplant de nombreux organismes divers et notamment de bactéries.

Un liquide bouilli, resté pur pendant longtemps, à l'abri du

contact de l'air, n'a pas tardé à contenir des bactéries, aussitôt son exposition. On voit que ces expériences n'ajoutent rien de nouveau à celles, bien plus concluantes, de M. Pasteur.—Voy. *année* 1872.

Contre la prétention de ceux qui soutiennent avec le docteur Bastian, que ces particules flottant dans l'atmosphère sont mortes et ne peuvent agir comme ferment, M. Lister a remplacé l'urine par du lait venant directement de la vache et placé dans des vases chauffés. En quelques jours, des organismes existaient dans 11 flacons sur 12, et encore aucun examen microscopique n'a confirmé leur absence absolue dans ce dernier. Bien plus, remplaçant le lait naturel par du lait bouilli pendant une heure et filtrant l'air de toute particule aérienne, aucune putréfaction ne s'étant développée, il en prend texte pour nier la théorie de la génération spontanée.

Mais les résultats contraires obtenus par M. Pasteur infirment cette conclusion, de même que ceux obtenus d'une infusion végétale par MM. Sanderson et Bastian. La qualité du lait et la prolongation de l'ébullition peuvent seules rendre compte de ces différences.

Invoqués à l'appui de son traitement antiseptique ou phéniqué, ces résultats sont sans valeur ; car ils ne montrent nullement que les particules atmosphériques soient vivantes, et n'infirment pas davantage le développement spontané des organismes vivants. De nouvelles investigations de M. le docteur Bastian, communiquées récemment à la Société royale de Londres, démontrent que si la température suffit à tuer les organismes inférieurs, c'est toujours à 60 degrés centigrades ou au-dessous. D'où il suit que la fermentation a pu se produire dans des liquides préalablement soumis à l'ébullition dans des flacons fermés, et des bactéries ou d'autres organismes y apparaître de nouveau, suivant le degré de la température.

Il divise ainsi les liquides fermentescibles en trois classes principales : 1° ceux qui fermentent ou se putréfient seulement sous l'influence des germes vivants ; 2° ceux qui subissent cette influence même sous l'action de matières organiques mortes ; 3° et enfin, ceux qui à ces deux influences réunies peuvent fermenter ou se putréfier par des changements chimiques spontanés se produisant dans le liquide même et sous l'action desquels des organismes vivants sont engendrés en abondance (*Pro-*

ceedings, nos 143, 145). C'est ainsi qu'au lieu d'être unique et exclusive, cette doctrine explique et concilie tous les faits contradictoires observés jusqu'ici.

M. Chauveau a cherché à résoudre la question dans l'organisme vivant lui-même, en vérifiant si la putridité est produite par la même cause que celle constatée par M. Pasteur en vases clos dans son laboratoire. L'épreuve a pleinement réussi, comme on va le voir.

Il a eu recours à cet effet au bistournage qui consiste, comme on sait, à détacher le testicule de ses enveloppes scrotales et puis à le *tourner* plusieurs fois sur lui-même de manière à tordre le cordon spermatique. Pratiqué avec la main privée de tout instrument, le bistournage a pour effet d'amener la mortification du testicule en y arrêtant absolument la circulation sans intéresser les enveloppes extérieures ; l'organe ne tarde pas, en effet, à subir la dégénération graisseuse et l'action absorbante des vaisseaux périphériques finit, avec le temps, par faire disparaître cette substance d'une manière plus ou moins complète. A l'autopsie, on constate que le tissu du testicule ne contracte jamais d'odeur putride ; il a seulement une odeur très-nettement caractérisée d'huile rance.

Ajoutons que cette opération n'est jamais suivie d'accidents, et cependant elle se pratique tous les jours par milliers.

Pourquoi, s'est demandé M. Chauveau, la substance testiculaire ne se putréfie-t-elle point dans cette circonstance, tandis qu'elle se gangrène constamment si on l'expose à l'air atmosphérique? N'est-il pas permis de penser que la production de ce phénomène morbide est déterminée par les germes organiques que l'air tient en suspension et qui donnent naissance à la prodigieuse population de vibrioniens des infusions putrides? Pour résoudre directement la question, il a fait arriver directement ces animalcules microscopiques jusqu'au testicule, tout en maintenant cet organe à l'abri du milieu extérieur, en injectant sous la peau des béliers, qui devaient être soumis au bistournage, de 5 à 20 centimètres cubes de sérosité extraite, après addition d'eau, du pus des abcès putrides. Au bout de quelques jours, et alors qu'il était permis de penser que de la matière putride et partant des vibrioniens avaient été apportés, par le mouvement circulatoire, dans les vaisseaux du testicule, le bistournage a été pratiqué.

Or, toutes les fois que l'opération a été faite dans ces condi-

tions, elle a été suivie de phénomènes putrides et gangréneux d'une quantité suffisante pour déterminer la mort.

D'où M. Chauveau conclut que le rôle des organismes, dans la production des phénomènes de putréfaction vraie qui se passent dans le milieu animal vivant, se dégage de cette démonstration avec une netteté qui, conformément à ce qu'il s'était proposé, n'a rien à envier à celle des expériences faites dans les vases clos du laboratoire de chimie. (*Acad. des sciences.*)

Néanmoins, on voit qu'au point de vue de l'action des corpuscules aériens, la question reste absolument en l'état. Le bistournage fait à ciel ouvert eût été une épreuve plus concluante.

HYDARTHROSE. *Danger de la ponction.* Aux faits signalés (voy. *année* 1872), le docteur Robert Mc Donnell ajoute celui d'un homme bien portant, de cinquante-six ans, n'ayant d'autre maladie qu'un épanchement chronique du genou. Un trocart capillaire fut plongé dans l'articulation et sans aucune difficulté, la seringue se remplit deux fois d'une synovie glaireuse. Un frisson intense eut lieu le second jour et la mort s'ensuivit dans la semaine.

L'autopsie ne révéla pas autre chose qu'une arthrite purulente avec les altérations du rhumatisme chronique. L'articulation était pleine de pus, la membrane synoviale très-vasculaire et le cartilage présentait en quelques points des dépôts crétacés. (*Irish med. Gazette*, janvier).

Ce nouvel exemple doit donc rendre de plus en plus prudent dans l'emploi de la ponction en pareil cas.

La majorité de la Société de chirurgie a donné l'exemple en adoptant les conclusions négatives du rapport de M. Després sur un mémoire de M. Dieulafoy, l'initiateur de cette méthode de traitement. C'est qu'elle ne guérit pas plus vite que les autres, que la quantité du liquide aspiré n'est jamais que de 40 à 70 grammes, et qu'il faut souvent renouveler trois et quatre fois la ponction. Inutile dans les hydarthroses rhumatismales et les vésicatoires, agissant mieux dans les arthrites blennorrhagiques, elle ne peut être employée utilement que dans les épanchements chroniques, rebelles, résistant au traitement classique. Elle est dangereuse dans les épanchements articulaires. (*Soc. de chir.*, mai.)

Faisant écho à M. Dieulafoy, le docteur Rasmussen (de Copenhague) en cite au contraire les avantages par 7 obser-

vations où la ponction avec aspiration a été suivie de succès, sans complication ni accident, malgré son renouvellement dans trois cas. L'insensibilité était telle que le massage a pu être employé quelques jours après. Aussi la considère-t-il comme le meilleur mode de traitement de l'hydarthrose aiguë et chronique.

Il pratique à cet effet l'aspiration très-lentement en entourant préalablement l'articulation de larges bandes en caoutchouc. La canule doit avoir un diamètre de 6 à 8 millimètres pour donner facilement passage au liquide visqueux. La ponction de la capsule est pratiquée sur le bord externe de la rotule. De la charpie collodionnée est appliquée sur la piqûre et maintenue par un bandage compressif uniforme avec repos absolu de l'article. Une vessie de glace est même appliquée. Le bandage est ordinairement enlevé du troisième au quatrième jour. L'aspirateur est soigneusement désinfecté à l'hôpital, et cette opération n'est jamais employée quand une épidémie d'érysipèle ou de pyohémie règne dans les salles (*Irish hosp. Gaz.*, juin). Inutile de faire remarquer que ces sages précautions et les moyens adventices employés peuvent contribuer autant au succès que la ponction elle-même.

HYDATIDES. Hydatides du sinus frontal. Un pâtre landais de vingt-deux ans, ayant reçu à quinze ans un coup de bâton sur le côté droit du front qui avait emporté la perte de l'œil avec carie, abcès et fistule consécutive, se présente le 13 janvier 1870 à M. Denucé qui constate l'orifice d'une fistule au côté externe de la bosse frontale droite, à 2 centimètres environ du rebord orbitaire. Du pus s'en échappe. La tumeur est molle, dépressible, avec issue d'un pus crémeux jaune. Fluctuation profonde, sensible, avec des battements isochrones aux pulsations artérielles, qui semblent dus à une influence de voisinage. On y perçoit en outre un va et-vient ondulatoire régulier correspondant par son rhythme à la respiration. Il est ainsi plus marqué dans les fortes inspirations, les cris, les efforts. L'orifice de la fistule est circonscrit profondément par un enfoncement circulaire du frontal, du diamètre d'une pièce de 50 centimes. La pression en est douloureuse. L'œil est projeté en avant avec œdème des paupières.

Un stylet introduit dans la fistule pénètre sans résistance à plus de moitié, jouant dans tous les sens dans une cavité à

parois mollasses et fongueuses. Les cris du patient impriment des mouvements brusques, des soubresauts à l'extrémité libre de l'instrument.

Malgré l'incertitude du diagnostic, une indication pressante s'imposait : ouvrir une large issue au liquide. La fistule est agrandie sur la sonde cannelée et, après l'écoulement du sang et du pus, une masse blanchâtre, arrondie, globuleuse, régulière, se présente entre les lèvres de la plaie; des mouvements très-distincts l'animent, coïncidant avec les pulsations artérielles. Les cris, les efforts de l'opéré la font sortir et rentrer alternativement.

La palpation montrant que ces mouvements sont communiqués par le cerveau, et décelant une résistance et une ondulation caractéristique, M. Denucé n'hésite plus. Il saisit la tumeur avec des pinces et l'attire au dehors. Elle se dégage et l'on reconnaît une hydatide que confirme l'examen microscopique. Un flot abondant de pus la suit. La pression sur l'œil achève l'évacuation ; l'exophthalmos a disparu.

Des contre-ouvertures sont pratiquées, et, après une suppuration prolongée, les plaies se cicatrisent avec dépression du frontal, et l'opéré guérit sans aucune complication cérébrale. (*Bordeaux méd.*, septembre 1872.) — Voy. Môle hydatique.

HYDROCÈLE. *Altération des fonctions spermatiques.* D'après l'examen anatomique de 18 hydrocèles dans son service de Bicêtre, M. Lannelongue n'ayant jamais constaté l'induration de l'épididyme signalée par M. Panas (voy. *année* 1872), est disposé à attribuer l'absence des spermatozoaires qu'il a constatée chez 5 individus examinés par lui, à la présence du liquide épanché plutôt qu'à cette induration. D'où cette conclusion, au point de vue pratique, d'intervenir promptement pour prévenir l'altération des fonctions spermatiques. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Méthode Monod. Trois nouveaux succès remarquables en ont été obtenus par M. le professeur Coste (de Marseille). Dans un notamment, il s'agissait d'une hydrocèle très-volumineuse de la bourse gauche, remontant à quinze ou vingt ans. Une cuillerée à bouche d'un liquide citrin en fut retirée par une ponction presque capillaire, et 20 gouttes de teinture d'iode pure furent ensuite injectées dans la tunique vaginale qui devait

encore contenir près de trois quarts de litre de liquide. Un suspensoir est appliqué et l'opéré put dès lors aller, venir, monter, descendre, sans déterminer ni douleur, ni inflammation, ni fièvre, et cependant la résorption du liquide s'est opérée rapidement (*Marseille méd.*, septembre). Par son innocuité et sa simplicité, cette méthode mérite donc la prééminence sur les autres.

Chloroforme. Devant une récidive après l'injection iodée, M. Liégard (de Caen) injecta 20 grammes de chloroforme qu'il laissa quelques minutes seulement dans la séreuse, et une guérison prompte et radicale s'ensuivit.

Encouragé par ce succès, il employa le chloroforme dans plusieurs autres cas, dont il rapporte trois exemples. La dose varie de 15 à 20 grammes, suivant le volume de l'hydrocèle, en ayant soin de laisser 30 à 40 grammes du liquide séreux dans la tunique vaginale. Après avoir bien malaxé le tout, pendant trois minutes, on expulse complétement le liquide et la guérison est rapide. (*Tribune méd.*, mars.)

On ne voit guère les avantages du chloroforme sur tous les autres liquides employés, si ce n'est la petite quantité qui est nécessaire. Son odeur pénétrante peut être un inconvénient, et il ne résulte pas des observations précitées que la guérison soit plus rapide ni plus sûre qu'avec l'iode, ni l'alcool de M. Monod. Malgré ses propriétés calmantes, le chloroforme ne prévient nullement les douleurs, ni même les accidents que l'on peut attribuer à l'introduction du liquide dans le péritoine et relatés par M. Broca. — Voy. *année* 1872.

Hydrocèle de la vésicule séminale. Appelé près d'un homme atteint de rétention d'urine, M. Smith trouva la cavité pelvienne occupée par une tumeur volumineuse, pyriforme, mate à la percussion et fluctuante, remontant dans l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Toutes les heures, le malade émettait une once d'urine normale, et la sonde introduite à plusieurs reprises n'en avait jamais retiré davantage, sans diminuer le volume de la tumeur. L'instrument, mû dans la vessie, se sentait distinctement en contact avec la paroi abdominale. Le toucher rectal trouva la prostate tout à fait normale ; mais en poussant le doigt plus profondément et à gauche de cette glande, M. Smith rencontra une tumeur rénittente, donnant

très-nettement la sensation d'un sac fortement distendu par du liquide; en pressant avec l'autre main sur l'abdomen, on percevait très-nettement la fluctuation. De là le diagnostic porté. Une ponction faite à travers le rectum avec un trocart droit ordinaire, donna issue en quelques minutes à dix pintes (5 1/2 litres) de sérosité brune. Il n'y eut pas de suites fâcheuses, mais quatre semaines après, la tumeur était de nouveau remplie et développée; on fit une nouvelle ponction, et il n'y eut plus de récidive. (*British med. journal*, mars.)

Ce fait est fort intéressant, car les affections des vésicules séminales sont encore fort peu connues. Si, quelques faits, rares d'ailleurs, de kystes de ces vésicules ont été publiés, on n'avait pas encore fait connaître un cas où la tumeur eût acquis un développement aussi considérable. Malheureusement, il manque à cette observation l'analyse chimique et microscopique du liquide et d'autres détails qui en diminuent beaucoup la valeur.

HYDROCÉPHALIE. *Ponction de l'arachnoïde spinale dans l'accouchement.* Une rupture accidentelle de la peau entre les sixième et septième vertèbres cervicales s'étant produite spontanément, sous l'effort des tractions, dans une présentation du siége compliquée d'hydrocéphalie, un flot de liquide s'échappa par l'ouverture accidentelle, et l'accouchement se termina immédiatement. Guidé par ce fait, M. le docteur Garreau, dans un cas semblable, n'ayant à choisir qu'entre la détroncation ou la ponction du crâne, sans que l'hydrocéphalie fût bien diagnostiquée, préféra enfoncer une lancette entre les apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Un jet de liquide sortit, et, deux minutes après, l'accouchement se terminait par les seules contractions utérines. (*Journ. méd. de la Mayenne*, avril.)

C'est évidemment là un procédé beaucoup plus simple, facile et moins dangereux que la ponction du crâne, et qui n'offre pas, comme la détroncation, un spectacle repoussant. Il est ainsi indiqué par la nature même. Dans tous les cas de présentation du siége où la tête est retenue par une hydrocéphalie, l'enfant étant forcément sacrifié, au lieu de faire la ponction du crâne, souvent difficile, ou d'opérer des tractions violentes qui peuvent être dangereuses pour la femme, il est préférable d'ouvrir le canal rachidien avec le bistouri ou la lancette, soit à la région cervicale, soit à la région dorsale. Que l'hydrocé-

phalie soit arachnoïdienne ou sous-arachnoïdienne ventriculaire, le liquide, pénétrant dans la cavité arachnoïdienne spinale, on est toujours certain de débarrasser celle du crâne, et de favoriser ainsi l'accouchement.

En dehors de l'obstétrique, M. Garreau se demande si, contre l'hydrocéphalie après la naissance, il ne serait pas permis de tenter au moins cette ponction des méninges spinales sans toucher à la moelle. Avec les aspirateurs perfectionnés de Dieulafoy et autres, peut-être cette piqûre innocente donnerait-elle un meilleur résultat que celle du crâne.

Innocuité de la ponction. Une petite fille de trois mois, d'une constitution faible, lymphatique et strabique, avec dilatation des pupilles, présentait depuis le vingt-cinquième jour de sa naissance, une hydrocéphalie qui faisait sans cesse de nouveaux progrès. Elle ne pouvait plus soutenir sa tête, qui mesurait alors (2 juillet 1872) 46 centimètres de circonférence. La fontanelle antérieure était large de 8 centimètres, fluctuante, mais sans saillie notable. La suture lambdoïde était, dans toute sa longueur, écartée de 2 à 3 centimètres, et la fontanelle occipito-pariétale droite était surtout très-développée, très-saillante et présentait une fluctuation très-marquée. M. le docteur Liégard (de Caen) ponctionna cette fontanelle à 2 centimètres de profondeur avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Laugier, et put extraire ainsi 90 à 100 grammes de sérosité rougeâtre non coagulable.

L'enfant prit le sein immédiatement après, malgré un bandage légèrement compressif. Toutes les mesures précédentes étaient réduites. L'enfant reprit sa connaissance et sa vue qu'elle avait perdues depuis quinze jours. Mais en quatre jours, la tête reprit ses nouvelles dimensions, et les mêmes symptômes reparurent. Nouvelle ponction, qui fut renouvelée ainsi trois fois en vingt jours, avec issue de 365 grammes de sérosité. Chaque fois un mieux sensible s'ensuivit. Le strabisme était presque disparu, lorsque l'enfant s'affaiblit et mourut le 28 septembre, c'est-à-dire environ deux mois après la première ponction. (*Tribune méd.*)

Cette remarquable observation montre du moins l'innocuité de la ponction avec les nouveaux appareils aspirateurs.

HYSTÉRIE. *Oligurie.* M. Fernet a vu coïncider avec une

diminution considérable de la sécrétion urinaire, des vomissements, dont l'abondance et la fréquence sont en rapport direct avec la sécrétion urinaire.

Ces vomissements contiennent de l'urée, mais en proportion inférieure au chiffre excrété normalement dans l'urine. Néanmoins, il n'y a pas d'accidents uréniques concomitants, ce que M. Charcot attribue à une diminution du mouvement de dénutrition chez les hystériques. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n° 45.)

Anorexie hystérique. Symptôme principal de cette maladie protéiforme à foyer gastrique, dont M. le professeur Lasègue a présenté le tableau détaillé, pour le distinguer des formes connues de gastralgie et de dyspepsie idiopathique et symptomatique. D'après les 8 observations de l'auteur, il apparaît chez la femme, entre quinze et vingt ans, après une émotion avouée ou dissimulée. La malade éprouve d'abord un malaise subit à la suite de l'ingestion des aliments ; ce malaise se répète ensuite pendant plusieurs jours jusqu'à ce que l'hystérique se persuade à elle-même que la diminution de l'alimentation est le seul remède à son mal. Au bout de quelques semaines, ce n'est plus de la répugnance, mais un refus absolu de l'alimentation qui se prolongera indéfiniment. Ce symptôme est l'expression réflexe d'une perversion du système nerveux central ; tout, dans la marche du mal, tend à le prouver.

En effet, la quiétude, un contentement vraiment pathologique distingue cet état de l'hystérique de tous les états analogues. Non-seulement elle ne soupire pas après la guérison, mais elle se complaît dans sa condition, malgré toutes les contrariétés qu'elle lui suscite. Son assurance satisfaite est égale à l'obstination de l'aliéné. Tandis que le cancéreux espère et sollicite un aliment qui éveille son appétit, que le dyspeptique s'ingénie à varier son régime, l'hystérique reste dans un optimisme inexpugnable malgré les supplications et les craintes. Je ne veux pas manger parce que je souffre ; je ne souffre pas, donc je suis bien portante ; telles sont ses réponses invariables.

La répugnance à alimenter suit sa marche lentement progressive et cependant la malade ne s'affaiblit point, ne s'attriste point, sa santé générale ne paraît pas influencée défavorablement : cela dure ainsi des semaines et des mois jusqu'à ce que

la tolérance de l'économie s'épuise et l'affection entre dans une nouvelle période. Alors les règles, qui n'étaient qu'irrégulières, cessent ; il y a soif, rétraction des parois abdominales, région épigastrique douloureuse à la pression, constipation opiniâtre, peau sèche, pouls fréquent ; l'amaigrissement et la faiblesse se montrent et augmentent rapidement. A la fin, l'hystérique consent le plus souvent à bien vouloir se nourrir, et la tâche du médecin, en présence d'un estomac condamné depuis longtemps au repos, devient des plus difficiles. Cependant ces malades guérissent toutes, plus ou moins complétement, après des années et en passant par des appétits limités, exclusifs ou bizarres. M. Lasègue n'en a vu qu'une aboutir à la tuberculose pulmonaire. Les médicaments n'ont aucune action sur l'anorexie hystérique ; c'est l'état mental, la perversion intellectuelle, la répugnance à l'alimentation qu'il faut s'efforcer de vaincre. (*Arch. de méd.*, avril.)

Absence de vagin et d'utérus. Comme une réponse à ceux qui placent le siége de cette névrose dans les organes génitaux, M. le docteur Castiaux rapporte un cas d'hystérie très-intense observé à l'Hôtel-Dieu, avec tout le soin possible et une grande abondance de détails, chez une lingère de dix-neuf ans, privée de vagin, d'utérus et probablement d'ovaires, car elle n'avait jamais éprouvé le moindre désir, ni la plus petite sensation sexuelle. Des accès de dépression et d'exaltation, de la tympanite avec inertie de l'intestin et de la vessie, la boule hystérique et des vomissements ensuite, avec anesthésie du côté droit, montrent qu'il s'agissait bien là de la véritable hystérie. (*Bull. méd. du Nord*, avril.)

M. le docteur Puech (de Nîmes) rapporte un fait analogue ; mais il y avait là du moins, tous les mois, les signes de la congestion menstruelle, bien qu'il n'y eût ni règles, ni hémorrhagie supplémentaire. Trois autres faits semblables, observés par Grisolle, Négrier (d'Angers) et Leudet, en élèvent ainsi le nombre à cinq au moins dans nos Annales ; ce qui suffit pour montrer que le siége de cette névrose n'est pas dans les organes génitaux. (*Gaz. obstétricale de Paris.*)

I

ICTÈRE. Ictère catarrhal. *Faradisation.* Employé dans trois cas relatés par le professeur Gerhardt (de Würsbourg), ce moyen a fait disparaître la jaunisse en un à deux jours ainsi que les autres symptômes. Après avoir déterminé la position de la vésicule biliaire, par la palpation ou la percussion, il applique, sur cette région, un électrode d'une certaine puissance qu'il y maintient à une pression modérée. Le second électrode est posé sur la partie postérieure correspondante. En les laissant agir quelques secondes et en les réappliquant d'une manière intermittente, la tumeur dure, formée par la vésicule biliaire, diminue bientôt et indique ainsi l'action du remède. Les selles bilieuses en sont la confirmation et la pâleur de l'urine se manifeste aussitôt. (*Berl. klin. Woch.*, juillet.)

Si l'électricité a déjà été employée en pareil cas par des auteurs anglais, de même que la pression digitale sur la vésicule engorgée, ce n'est pas avec des effets aussi prompts et précis que ceux-là. Il y a donc lieu d'insister sur ce moyen.

Ictère menstruel. Cinq nouvelles observations, relatées par MM. Senator et Hirschberg, à la Société de médecine de Berlin, en octobre 1872, tendent à assigner à cette espèce d'ictère un rôle nosologique indépendant. Portal, Abercrombie et d'autres en ont rapporté des exemples, et il n'est pas rare d'observer de l'ictère coïncidemment avec une suppression des règles. Il se répéta mensuellement dans les observations de M. Senator, tant que les règles ne furent pas rétablies normalement et cessa aussitôt qu'elles coulèrent abondamment.

Il existe évidemment chez ces malades une disposition particulière, une susceptibilité spéciale du foie à se prendre au moindre trouble de l'économie. C'est ainsi que, chez la malade du docteur Hirschberg, un ictère survint consécutivement à l'excision de l'œil gauche pour un cancer mélanique de la choroïde. On crut à une repullulation dans le foie. Mais cette femme déclara avoir eu, pendant de longues années, un ictère mensuel pendant le cours de ses règles, rares et douloureuses, dans la région du foie et des lombes.

Cet exemple montre que ces malades doivent se prémunir

contre les affections hépatiques, en prenant, entre autres médicaments, les eaux de Carlsbad.

Sans constituer une espèce morbide à part, ce symptôme, qui n'a pas appelé l'attention jusqu'ici, mérite d'être signalé, car il est d'autant plus intense que les troubles menstruels dépendent d'une maladie organique ou diathésique, cachectique comme le cancer, la tuberculose, etc. Il est ainsi une indication de surveiller attentivement les malades qui le présentent et d'instituer un traitement préventif.

Ictère chronique. *Rétrécissement du canal hépatique.* Ce cas rare s'est présenté chez un homme de trente-deux ans, ni syphilitique, ni alcoolique, observé à l'hôpital Guy par le docteur Moxon. Un dérangement des fonctions digestives remontant à quatorze mois, en a été le début, et, six mois après, un violent accès de colique hépatique de trois heures. La jaunisse s'est déclarée ensuite et n'a pas cessé depuis. Des plaques blanches de xanthelasma sont apparues en divers points du corps, puis du purpura au moment de la mort.

L'autopsie montre un rétrécissement simple du canal hépatique, situé à un pouce au-dessus de la réunion du canal cystique et du canal hépatique. A ce niveau, la paroi présente un épaississement fibreux, sans trace de calcul, ni d'ulcération. Les canaux hépatiques sont très-dilatés en arrière et remplis d'un liquide incolore, muqueux, sans trace de bile; tandis que tout le reste du corps et le liquide péritonéal présentent une admirable coloration jaune. Il y a atrophie jaune aiguë du foie.

L'ictère, dans ce cas, ne s'explique donc pas par la résorption des éléments de la bile. On est forcé d'admettre, au contraire, la suppression de l'excrétion de ce liquide comme cause, ce qui n'est pas la pathogénie permise. (*Gaz. hebd.*, n° 11.)

INFARCTUS HÉMORRHAGIQUES. *Valeur pronostique.* M. Bouchut a constaté ces extravasations chez 45 enfants atteints de choléra, de diphthérite, d'angine couenneuse, de croup, de septicémie typhoïde ou purulente et même dans quelques inflammations. Ils apparaissent sous la peau et dans les interstices musculaires, sous forme de taches bleuâtres ou violacées de 2 à 12 millimètres de diamètre, visibles à travers la transparence de la peau. Ils s'accompagnent ordinairement d'endocardite végétante valvulaire et de thrombose cardiaque avec

dépôts fibrineux sur les valvules et les colonnes charnues. Des infarctus semblables existent aussi dans les poumons, qui déterminent de l'infiltration purulente et de petits abcès. Ils se rencontrent moins souvent dans le foie, les reins, les muscles et le tissu conjonctif.

A ces infarctus sous-cutanés, résultant probablement d'embolies capillaires artérielles et qui peuvent déterminer des abcès sous-dermiques, se joignent parfois le purpura, la leucocythose aiguë, très-fréquente dans les cas graves, la dégénérescence graisseuse des reins et l'albuminurie.

Ils n'ont donc rien de spécial au choléra ni à la diphthérite ; mais en indiquant la gravité du cas, toutes les fois qu'ils apparaissent, ils sont une indication de ne pas tenter des médications ni des opérations inutiles. (*Acad. des sc.*, octobre.)

INCONTINENCE D'URINE. *Chloral.* Quelle que soit la raison qui le fasse réussir, le succès de ce médicament paraît incontestable. Aux faits cités par les Anglais (voy. *année* 1871), le docteur Leonardi en ajoute trois, une fille et deux garçons, tous trois faibles, rachitiques et scrofuleux, qui, après l'usage quotidien de petites doses d'hydrate de chloral, guérirent en quelques jours de leur infirmité (*Ippocratico*). C'est donc à essayer.

INFECTION PURULENTE. *Modifications anatomiques.* MM. Hueter et Greveler ont injecté dans la cuisse ou sur le dos de grenouilles 1 à 2 centimètres cubes de sang ou de pus putréfié, jusqu'à ce qu'ils continssent un grand nombre de monades. De huit à vingt-quatre heures après, ces animaux étant curarisés, le mésentère présentait à l'œil nu une rougeur vive avec dilatation des vaisseaux. Au microscope, on voyait les globules blancs adhérer en grand nombre à la paroi interne de ces vaisseaux, surtout les petites veines et les capillaires. On les voyait également dans les artères plus tard. Un petit nombre traversait la paroi et ce n'était qu'après un ou deux jours que l'on trouvait le vaisseau entouré de masses de leucocytes émigrés.

L'obstruction des capillaires est un autre effet remarquable de ces injections. La moitié environ était dans cet état après vingt-quatre heures. Ils étaient remplis de globules rouges et paraissaient comme des canaux remplis de plasma ; dans ce dernier cas, on ne pouvait les reconnaître qu'après le détachement d'un ou plusieurs de ces globules et le rétablissement con-

sécutif de la circulation. Le courant sanguin était seulement lent et irrégulier dans d'autres capillaires.

L'embolie de ces capillaires prenait souvent naissance dans l'obstruction du vaisseau dont il émergeait par l'adhésion d'un ou deux globules blancs près de son origine. Dans ce cas, les globules rouges étaient aplatis contre la paroi des vaisseaux par les blancs, de manière à obstruer l'entrée du capillaire. Des espèces de thromboses étaient ainsi formées par des globules blancs, empêchant le passage des rouges. Dans ceux où la circulation ralentie existait encore, des globules blancs adhéraient en différents points et obstruaient ainsi partiellement le vaisseau.

Parfois, on voyait des globules rouges traverser un tube capillaire obstrué en apparence, sans trace de globules blancs, mais alors on trouvait des monades ou leurs germes adhérant au vaisseau à l'origine du capillaire et agissant sur les globules rouges comme un leucocyte adhérent. Quoique de simples petites monades ne puissent pas obstruer un vaisseau, elles peuvent empêcher l'entrée du globule rouge dans le capillaire. On en voit ainsi fixés sur un germe de monade, l'entourer jusqu'à ce que celui-ci devienne visible. Le globule l'entraîne même parfois et l'entrée du capillaire rodevient ainsi libre, la circulation normale est rétablie.

Ces modifications anatomiques du mésentère ne sont pas un simple symptôme local de l'infection putride ; la langue et les espaces interdigitaux des pattes de la grenouille les présentent également, à un moindre degré en raison de la plus grande opacité de ces parties.

Elles ne sont pas davantage un effet de l'affaiblissement du cœur, car à côté des vaisseaux obstrués, d'autres ont une circulation normale. Si l'on suppose que les globules blancs, où l'injection est faite, s'emparent d'un grand nombre de monades, on peut attribuer cet effet à leur propriété adhésive, laquelle peut encore être augmentée par leur présence. Cette faculté semble, en effet, plus considérable qu'à l'état normal, car ces leucocytes adhésifs sont plus volumineux qu'à l'état normal, et contiennent un nucléole avec un contour noirâtre.

Ces faits expliquent, suivant les auteurs de ces recherches, les troubles profonds de la circulation et la fièvre par l'infection. Cependant il n'y a pas parité entre un animal à sang froid et ceux à sang chaud pour autoriser cette conclusion. Aussi pro-

mettent-ils de les répéter sur ceux-ci. (*Centralblatt*, novembre 1872.)

Il résulte, au contraire, des recherches microscopiques de M. Ranvier, que cette théorie de l'embolie doit être abandonnée. Il émettait cette idée dès 1870 et, depuis, deux élèves de Virchow, Klebs et Recklinghausen, l'ont appuyée. Suivant le premier, l'infection purulente est produite par un champignon : le *microsporon septicum* qui détruit les tissus, détermine la suppuration et pénètre dans les voies lymphatique et sanguine. C'est le *micrococcus* que le second a trouvé sous forme d'amas dans le rein, soit dans les canalicules, soit dans la capsule de Bowmann, d'où ils peuvent s'échapper avec l'urine. Dans le poumon, ils occupent l'intérieur des alvéoles. Voici les lésions constatées par M. Ranvier, deux à quatre heures après la mort:

Dans le *foie*, abcès à pus jaune verdâtre, infarctus blancs et infarctus rouges. Vingt-quatre heures après la mort et en hiver, on trouve déjà, au centre des abcès, de petites cavités anfractueuses, remplies de gaz ; ce qui semble indiquer qu'il y a dans le pus de l'infection purulente un ferment particulier qui fait développer des gaz ; ces altérations ne se rencontraient pas dans les autopsies pratiquées quelques heures après la mort.

Les lésions les plus jeunes sont de petites taches blanches parfaitement sphériques, comme l'indiquent des coupes, pratiquées en différents sens ; ces taches sont isolées et réunies, et alors les sphères empiètent l'une sur l'autre. Au microscope, sur des sections parallèles à la surface, on voit que chacune de ces taches correspond à un lobule hépatique; où elle commence toujours au centre pour s'étendre à la périphérie, c'est-à-dire qu'elle marche en sens inverse de la circulation, point de la plus grande importance. Ces taches sont formées de globules de pus, placés entre les rangées de cellules hépatiques, aplaties, très-pigmentées, perdant leurs noyaux, et qui constituent, à la fin, de petits corps stellaires peu reconnaissables.

Deux altérations différentes surviennent ensuite: ou bien il se fait une véritable collection purulente, qui reste sphérique, comprime et aplatit les cellules hépatiques, de façon à les réduire à la forme de corps fusiformes, ou bien la masse devient plus ferme et il se fait un véritable infarctus. On chercherait en vain l'oblitération de vaisseaux par des masses emboliques.

Dans les *poumons*, collections purulentes sous forme de foyers ou bien de masses caséeuses, provenant de la pneumonie puru-

lente devenue caséeuse. Précédées d'une pneumonie catarrhale aiguë localisée, accompagnée ou non de congestions et d'hémorrhagies, ces lésions ont ainsi l'aspect d'infarctus roses ou tout à fait rouges. Pas de traces d'embolie.

Pour les *cartilages*, l'examen d'un fragment pris sur le genou d'un individu ayant présenté une arthrite purulente, mêlée de gaz, quelques heures après la mort, montra des gaz fétides dans l'articulation, beaucoup de pus, et une destruction étendue des cartilages. On constatait à la surface l'état velvétique, au-dessous des capsules mères de cartilages, agrandies et remplies de globules de pus; dans les parties les plus profondes, des capsules mères renfermant des capsules secondaires; enfin une couche de cartilage calcifié. On voyait ainsi parfaitement se former des globules de pus dans des cavités nettes, loin des vaisseaux.

Dans l'infection purulente, après fracture comminutive par projectile, ou à la suite d'une amputation, M. Ranvier a toujours vu dans les os, comme M. Demarquay (voy. *année* 1870), une ostéo-myélite ou une ostéite suppurée occupant toute la cavité médullaire dans la plupart des cas. Le microscope montrait dans le canal médullaire des globules de pus ; près de la plaie, des bactéries, des vibrions et des micrococcus. Les mêmes organismes furent en vain cherchés dans les abcès du foie, de la rate, du poumon; il n'y avait que des granulations isolées. On est ainsi autorisé à regarder cette myélite comme une inflammation suppurative diffuse de la moelle, analogue aux lésions du foie et du poumon. (*Soc. de biol.*)

De la fièvre traumatique et de l'infection purulente, par le professeur Chauffard. 1 vol. in-8°, Paris.

Réédition, revue et annotée, des discours prononcés par l'auteur, à l'Académie de médecine, dans la question de l'infection purulente, avec une introduction sur les progrès comparés des Français et des Allemands. C'est une excellente étude de pathologie générale appliquée aux traumatismes.

INJECTIONS HYPODERMIQUES. *Influence locale.* Un historique de l'emploi de ce moyen, par M. le docteur Luton, son principal vulgarisateur en France, y rattache les cautérisations locales employées autrefois, flèches et sétons, et montre ainsi leur analogie d'action avec les injections substitutives et parenchymateuses pratiquées jusqu'à ce jour avec différents

liquides. C'est un résumé très-instructif de cette nouvelle méthode thérapeutique. (*Arch. de méd.*, novembre.)

M. le professeur de Renzi s'est assuré par de nombreuses recherches expérimentales qu'elle était à peu près nulle sur la peau, malgré l'apparence du contraire. En effet, la sensibilité cutanée, mesurée avec le compas de Weber, augmente plutôt qu'elle ne diminue, après chaque injection sous-cutanée; on la trouve même augmentée considérablement après un traitement par cette méthode. Mais cet effet ne résulte pas des piqûres, ni des injections; l'application répétée du compas en est l'unique cause. Il suffit ainsi de pratiquer cette application sans injection préalable pour voir cette sensibilité augmenter notablement. (*Nuova Liguria med.*, février, n° 4.)

Eau simple. Après son emploi si efficace dans les douleurs articulaires et musculaires, notamment dans la myosalgie lombaire ou tour de reins, et dans les névralgies superficielles, elle a été employée contre toutes les douleurs symptomatiques, et elle offre ainsi, par son innocuité absolue, un grand avantage sur les injections narcotiques.

Alcool. C'est à cet agent seul qu'est attribuée l'action de la teinture d'iode dans les goîtres, de même que dans la solution alcoolique d'ergotine contre les anévrysmes et les varices. C'est peut être là une généralisation exagérée, car si l'injection d'alcool agit contre le lipôme (voy. *ce mot*), il n'en saurait être de même dans tous les cas. C'est une question à élucider. (*Virchow's archiv.*)

Injections narcotiques. *Eau distillée de laurier-cerise.* C'est le meilleur véhicule, suivant M. Luton, pour les injections de morphine et d'atropine. Elle s'oppose mieux que toute autre eau distillée aromatique à la formation des moisissures qui envahissent si facilement les solutions de ces substances et ajoute son action faiblement hypnotique à celle de la base. Son efficacité dans ce sens égale au moins, si elle ne la surpasse, celle de l'eau distillée d'eucalyptus, que le professeur Gubler a recommandée à ce point de vue. Le contact de l'eau distillée de laurier-cerise sur les tissus n'est pas plus pénible que celui de l'eau distillée ordinaire, et son emploi n'a jamais été suivi d'aucun inconvénient. Quant à ses effets physiologiques, lorsqu'on

l'emploie pure, ils sont ceux de la même eau ingérée dans l'estomac, mais augmentés, comme toutes les fois qu'on prend la voie sous-cutanée pour faire absorber les médicaments. (*Répert. de pharm.*)

Injections morphinées. Le professeur C. Johnston (de Baltimore) propose d'y ajouter un peu d'acide sulfureux pour leur conservation. Quatre à cinq gouttes suffisent par once de véhicule. Une solution ainsi préparée au trentième a pu se conserver pendant un mois sans aucune trace de conferves. La douleur n'en est pas augmentée.

Injections de quinine. *Sulfovinate de quinine.* Obtenu par M. Limousin en traitant une solution alcoolique de sulfate de quinine avec une solution alcoolique de sulfovinate de soude, ce nouveau sel est très-blanc et bien cristallisé, et, d'après les courbes de solubilité des différents sels de quinine de M. Schlagdenhauffen, il se dissout dans les plus fortes proportions. Il est tellement soluble qu'il est déliquescent quand on l'expose à l'air libre dans une atmosphère humide. Il a ainsi l'avantage sur tous les autres sels de quinine de se dissoudre sans l'intervention d'un acide, et n'offre pas à cet égard le même danger de provoquer des accidents. — Voy. *année* 1872.

On peut donc l'injecter hypodermiquement à haute dose sans qu'il y ait à redouter les propriétés toxiques de la baryte qui n'entre pas dans sa composition. (*Soc. de thérap.*, janvier.)

Injections stimulantes. *Éther sulfurique.* Dans l'adynamie profonde, alors que le malade est complétement insensible, les agents révulsifs n'ayant qu'une action passagère, et l'usage de médicaments internes étant impossible, on peut encore tirer profit des injections d'agents stimulants comme l'éther pur, à la dose de 2 ou 3 grammes, ou 50 centigrammes à 1 gramme de camphre en solution dans l'huile d'amandes douces.

Ordinairement, le malade accuse, peu de temps après, une douleur locale très-vive, comme celle produite par le marteau de Mayor. L'absorption continuant, l'adynamie est ainsi combattue par les effets combinés de ces deux causes : locale et générale.

Cette méthode est très en vogue contre le choléra et le ty-

plus dans certaines villes allemandes avec les meilleurs résultats. Employée à l'hôpital Cochin, chez une cholérique, épuisée par les vomissements et en pleine période d'algidité depuis deux jours, plongée dans une adynamie profonde et ne répondant plus aux questions, elle amena une guérison complète. (*Progrès méd.*)

Ammoniaque. Dans trois cas désespérés, l'un de septicémie consécutive à une amputation de jambe, chez un homme de trente-huit ans; les deux autres de mutilation et hémorrhagie foudroyante, suite de blessures, chez deux hommes jeunes et vigoureux, tous trois admis à l'Infirmerie de Bristol, une injection de trente à quarante gouttes de liqueur ammoniacale diluée fut faite à 98 degrés Fahr. dans la veine céphalique par M. Tibbits. Le pouls était alors imperceptible, la déglutition impossible et la mort imminente. Une sorte de convulsion suivit immédiatement l'injection, puis le pouls reparut, des vomissements eurent lieu dans un cas, la connaissance revint, on put faire boire les patients et la vie se prolongea près de trois heures dans le premier cas et deux heures dans le second. Le troisième survécut et guérit de ses blessures et de deux amputations. (*Med. Times*, novembre.)

Ce serait donc là un moyen de réviviscence dans les cas où la vie va s'éteindre, surtout à la suite de chutes, blessures graves, hémorrhagies foudroyantes. Ces injections permettent à l'organisme de se remettre du choc ou de faire la transfusion, d'administrer des excitants, et à l'opéré de tester. (*Union méd.*)

Des injections ammoniacales hypodermiques ont été au si employées avec succès contre le typhus; mais elles peuvent déterminer l'épilepsie. — Voy. *ces mots*.

Injections parenchymateuses substitutives. *Acide iodique.* Préconisé par M. Luton pour sa parfaite solubilité dans l'eau. Il emploie ordinairement des solutions au cinquième. A cette dose, il ne produit pas d'eschares et imprime au tissu une modification assez profonde pour en entraîner la résorption rapide.

Mis en usage contre le goître, les adénopathies indolentes des régions cervicale et sous-maxillaire, et dans un cas d'ostéo-périostite d'une phalange de la main, etc., etc.; il a donné de très-bons résultats.

M. Luton a injecté jusqu'à 2 grammes de la solution en une seule fois en la portant au milieu de la tumeur, et il utilise ainsi l enveloppe propre du ganglion ou de la dégénérescence pour limiter l'inflammation et empêcher la diffusion qui pourrait avoir des inconvénients. La réaction locale qui suit l'injection est très-vive, mais elle n'est suivie d'aucun accident : la résolution, sans suppuration et sans escharification, est la règle. (*Gaz. des hôp.*)

Nouvelle manière. Le docteur Crombie (de Brompton) conseille de remplacer les injections hypodermiques, par de petits sétons de soie imbibés du médicament à administrer. Il a fait préparer, à cet effet, des fils de soie, chargés de 1/6e, 1/4 et 1/2 de grain de morphine et il les passe, au moyen d'une aiguille, à travers un pli de la peau, dans le point où l'on veut porter le médicament; le fil est alors tiré très-lentement, par une de ses extrémités, de manière qu'en passant sous la peau, il y laisse la substance médicamenteuse dont il est imprégné ; on peut même favoriser son action thérapeutique, en humectant légèrement avec de l'eau l'extrémité du fil, avant son passage à travers la plaie sous-cutanée.

Ce procédé n'est pas plus douloureux que la ponction par la canule de la seringue hypodermique, et il est plus simple et moins coûteux. (*British med. journal*, 16 août.)

IRITIS. *Forme goutteuse.* Dans une leçon faite à l'hôpital de Moorfields, M. Hutchinson décrit une forme spéciale d'iritis qui surviendrait particulièrement chez les jeunes gens de quinze à dix-sept ans, et dont il relate quatre cas comme exemples : deux garçons et deux filles. Elle se distingue par son début insidieux et sa persistance. Sans aucune inflammation, des adhérences se forment lentement entre l'iris et la capsule. En augmentant, elles effacent la pupille, et l'épanchement consécutif derrière l'iris complète la désorganisation de l'œil, comme un cas en offre l'exemple.

Cette iritis commence ordinairement par un seul œil et le détruit avant que l'autre se prenne. Elle diffère de l'iritis arthritique par son début insidieux, l'absence de douleur et de paroxysmes. Les malades accusent bien un sentiment de chaleur locale et de malaise, lors de la formation des adhérences ; il peut même exister une légère conjonctivite passagère, mais

ces symptômes sont relativement rares. Elle est très-rebelle au traitement, et amène en général la cécité. (*Lancet*, 4 janvier.)

La seule distinction étiologique de cette iritis, pour M. Hutchinson, est l'existence de la goutte chez les parents des malades : père, mère, frère, sœur, oncle, tante, ou tout autre membre de la famille. C'est donc un caractère analogue à la syphilis, accusée par les dents de souris, et déterminant la *kératite interstitielle*, dont il a fait également une espèce particulière. Il est à craindre que, à des caractères aussi subtils, les autres cliniciens ne puissent pas mieux retrouver l'*iritis goutteuse* que la *cornéite hérido-syphilitique*.

J

JURISPRUDENCE. *Responsabilité médicale.* Les tribunaux du Puy-de-Dôme ont retenti d'une affaire doublement triste, dont les débats ont été confirmés par un arrêt de la Cour de Riom, en date du 3 mars. M. Ambroise Tardieu, peintre en bâtiment, se fracture l'un des os de l'avant-bras en tombant d'une échelle. Le médecin de la localité est appelé aussitôt et applique un bandage. Peu de temps après, le malade se plaint de douleurs excessives et demande que le bandage soit déserré. Ce médecin remet au lendemain. Les douleurs n'étant plus aussi intenses, on temporise encore, et c'est dans ces entrefaites, que, le cinquième jour de l'accident, le frère du blessé, interne des hôpitaux à Paris, arrive, et que l'appareil est levé ; on constate la présence de taches noirâtres, mais aucune observation n'est faite par le frère du blessé, qui lave le membre avec une solution phéniquée et le place dans une gouttière plâtrée. Mais les désordres les plus graves se manifestèrent successivement. Des médecins, appelés en remplacement du docteur P..., qui avait cessé ses visites, craignirent que l'amputation ne fût nécessaire. On parvint à l'éviter à force de soins ; mais le bras était perdu : il n'avait plus ni mouvement ni sensibilité.

Le tribunal civil de Clermont, devant lequel le docteur P... avait été assigné en dommages-intérêts, après enquête et rapports de médecins commis pour apprécier le mode et les conséquences du traitement ordonné par le docteur P..., avait rendu un jugement fortement motivé qui déclarait ce dernier respon-

sable des accidents survenus par sa maladresse et son imprudence, et le condamnait à 4000 francs de dommages-intérêts.

Le docteur P... interjeta appel de ce jugement. Mais la Cour, après avoir entendu les plaidoiries de Me Nony pour le docteur P... et de Me Vernet pour M. A. Tardieu, a confirmé le jugement, en adoptant les motifs des premiers juges.

Ce fait est de nature à rendre plus prudents ceux qui, comptant trop sur leur habileté, refusent de faire droit aux plaintes de leurs malades ; mais il est aussi un exemple déplorable du peu de confraternité, que de vieux praticiens honorables, jusque-là sans reproches, trouvent auprès des jeunes, alors que ceux-ci devraient même partager en grande partie leur responsabilité.

Seigle ergoté. Un décret du 23 juin, rendu conformément au rapport adopté par l'Académie de médecine, a permis l'emploi obstétrical de cet agent par les sages-femmes. — Voy. Seigle ergoté.

D'Amérique, voici un jugement que la jurisprudence universelle devrait bien s'approprier pour la sauvegarde des malades et la répression du charlatanisme: Un procès en diffamation ayant été intenté par un *doctor* Ryan, vendeur d'un remède secret, contre l'*American Agriculturist* de New-York, le juge Brady a rendu un jugement basé sur ces considérants :

1° Qu'un médicament présenté et vendu comme un antidote, et qui ne l'est pas, est une tromperie et une fraude ;

2° Que le vendeur de ces remèdes secrets, qui les débite sans des preuves suffisantes de son efficacité, doit supporter les conséquences de ses affirmations si elles sont fausses ;

3° Que tous ceux qui tentent de spéculer sur la crédulité des malades ou des infirmes doivent être tenus à une stricte responsabilité.

Que de justes applications l'on en pourrait faire s'il était universellement adopté ! — Voy. Exercice.

K

KÉRATITE DES ALIÉNÉS. M. le docteur Raggi, médecin de l'asile de Bologne et adjoint à la clinique des maladies men-

tales, donne ce nom à la *kératite névro-paralytique* et à la *kératite mécanique*, c'est-à-dire résultant à la fois de l'irritation externe des paupières, ou plus exactement des cartilages ciliaires et de la paralysie des nerfs trophiques de la cornée. Aussi s'observe-t-elle surtout chez les aliénés des asiles, cachectiques, pellagreux, faibles et déprimés et marchant rapidement vers une issue fatale. Elle devient même à cet égard un élément de pronostic grave.

Elle commence spontanément, sans aucun phénomène d'irritation directe ou réflexe, par une opacité, plus ou moins étendue, au centre et parfois à la périphérie de la cornée qui s'étend ensuite. L'aliéné n'en accuse aucune douleur, mais seulement du trouble de la vision s'il conserve quelque conscience.

Après quelques jours, la destruction de la lame externe de la cornée est complète, la procidence de la membrane de Descemet s'ensuit et même celle de l'iris. Ces altérations peuvent être accompagnées d'injections péricornéennes, d'épiphora, de procidence palpébrale, de photophobie, mais rarement de douleur.

Les lésions internes ne sont pas aussi sérieuses, malgré l'insouciance des malades et la difficulté d'appliquer une médication rationnelle.

Cette kératite est généralement double par l'invasion successive des deux yeux et récidive fréquemment chez le même individu. Mais, dans la plupart des cas, la mort ne lui en laisse pas le temps. Il est même difficile d'étudier la marche naturelle de cette maladie, parce qu'il est fort rare de pouvoir tirer les malades de l'adynamie profonde dans laquelle ils sont plongés. (*Rivista clin. di Bologna*, octobre.)

KYSTES. Kystes de l'ovaire. Diagnostic différentiel. Précisant les signes différentiels déjà indiqués par Spencer Wells, entre les kystes de l'ovaire et du rein (voy. *année* 1867), le professeur Simon, qui a porté si loin les investigations manuelles du gros intestin, propose le cathétérisme du côlon descendant, dans le cas de tumeurs douteuses du côté gauche. S'il y a hydronéphrose gauche, le cathétérisme démontre que la tumeur se trouve en arrière du côlon descendant, tandis que les tumeurs ovariques ne peuvent jamais être situées derrière cette partie de l'intestin.

Un autre signe d'une grande valeur, quand les tumeurs siégent à droite, c'est la présence dans le liquide du kyste, de cellules épithéliales cylindriques qui sont spéciales et caractéristiques des kystes de l'ovaire. (*Langenbeck's Archiv für klin. Chir.*, 1872.)

C'est à l'aide de ces signes, augmentés encore de l'examen et de l'analyse de l'urine, que M. Boddaert (de Gand) put diagnostiquer un kyste multiloculaire de l'ovaire droit adhérent au rein de ce côté avec une anse intestinale adhérente à gauche au devant de la tumeur ; ce que l'opération justifia de point en point. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juin.)

Péritonite chronique prise pour un kyste. Au mois de mars dernier entrait à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Péan, une femme recommandée par un médecin comme atteinte d'un kyste ovarique à contenu roussâtre, visqueux et un peu coulant. Une ponction faite par lui six mois auparavant avait donné 4 à 5 litres de ce liquide. Le ventre était resté douloureux avec les signes d'une péritonite que l'on combattit sans succès par les moyens usités. A son entrée, on constate une tumeur semi-solide et liquide, remontant jusqu'à l'épigastre et s'étendant jusqu'aux reins. Bosselures, matité, hypertrophie de l'utérus, indiquaient bien une tumeur dont la précédente ponction semblait confirmer indubitablement l'existence.

Malgré la demande d'ovariotomie, M. Péan s'y refusa, et la mort rapide de la malade vint démontrer qu'il avait raison par les résultats suivants de l'autopsie.

Une incision, menée sur la ligne médiane du pubis à l'appendice xyphoïde, montra des adhérences de la paroi abdominale du pubis jusqu'à environ deux ou trois travers de doigt de l'épigastre. Il était impossible de décoller le feuillet péritonéal, soit avec le doigt, soit avec le bistouri, tant les parois de la cavité accidentelle qu'il constituait étaient friables, fongueuses et tomenteuses. Ces dernières étaient un peu plus résistantes et épaisses par places, leur épaisseur atteignait jusqu'à un centimètre ; elles étaient minces, friables et foliacées dans d'autres points, vasculaires partout, reliées au péritoine de la paroi abdominale par des tractus fibrillaires, tapissées à l'intérieur par des fausses membranes et enfin infiltrées de pus grisâtre ou noirâtre et fétide. Après les avoir ouvertes en avant et dans toute leur hauteur, on voit qu'il était non moins impossible de détacher les parois de la cavité d'apparence kys-

tique, en haut et sur les côtés, de la face antérieure des anses intestinales vers lesquelles elles descendaient en les recouvrant, en bas, de la face postérieure de l'utérus, des ligaments larges et du cul-de-sac utéro-rectal. A la surface de tous ces organes, on retrouvait toujours des feuillets d'épaisseur variable, épais ici et très-minces là, étalés et adhérents sur le péritoine viscéral, de la même façon et avec les mêmes caractères physiques qui ont déjà été signalés à propos des brides du péritoine pariétal. Les intestins étaient agglutinés et reliés ensemble par une sorte de sac uniquement formé de fausses membranes. Celles-ci, bien que formant, en apparence, une surface non interrompue, étaient friables, tomenteuses, cédaient au moindre effort. En réalité, c'étaient donc bien les organes sous-jacents, reliés, et, en quelque sorte rendus continus par les fausses membranes, qui formaient les véritables parois de la cavité cloisonnée et remplie de pus.

Les cloisons régnant à l'intérieur de la cavité suppurante n'étaient pas partout semblables. Très-incomplètes sur quelques points, elles avaient beaucoup plus d'importance et de solidité sur d'autres ; par leur entrecroisement, elles formaient de vastes aéroles capables de retenir les liquides interposés. C'est, du reste, ce qui s'était produit, surtout dans le tiers supérieur de cette cavité accidentelle. En revanche, si la partie inférieure du kyste, et plus spécialement celle qui tapissait le cul-de-sac utéro-rectal, était moins cloisonnée, elle était remplie d'un pus épais, sanieux, au milieu duquel nageaient d'énormes flocons d'aspect fibrineux, jaunâtres et assez semblables à du tissu cellulaire gangrené. Mélangées à ces flocons, des masses solides, jaunâtres, de forme irrégulière, et qui, par leur aspect, leur odeur et leur consistance, rappelaient à s'y méprendre ceux de matières fécales demi-dures, se trouvaient versées dans cette cavité kystique. La vue seule n'eût pourtant pas permis d'affirmer cette dernière provenance, mais une solution de continuité qui fut découverte plus tard dans la longueur de l'intestin et, finalement, un examen histologique des produits en cause, permirent de reconnaître leur provenance d'une façon indubitable.

A ces lésions principales s'en ajoutaient bien d'autres : les trompes dilatées avaient le volume de l'intestin grêle, un kyste multiloculaire, gros comme le poing, existait entre l'ovaire et le rein droit, le foie était énormément hypertrophié et le rein

gauche était le siége d'un autre kyste hydatique. On s'explique ainsi l'erreur commise.

Ponction vaginale. Chez une femme de trente-trois ans, admise à l'hôpital Saint-Antoine, le ventre était distendu, comme à cinq ou six mois de grossesse, plus à droite qu'à gauche, comme une tumeur bilobée, lisse, élastique, mate et fluctuante; M. Tillaux diagnostiqua, aux douleurs continuelles de la malade, un kyste ovarien fixé par des adhérences péritonéales.

L'ovariotomie étant impossible, il pratiqua une ponction par le vagin avec issue de 3 litres environ d'un liquide couleur café au lait. Une injection iodée amena des accidents d'iodisme si redoutables que l'opérée fut renvoyée chez elle.

La tumeur s'étant reproduite, elle revint à l'hôpital vingt jours après et une nouvelle ponction fut pratiquée. Un demi-litre de pus fétide s'écoula. Une sonde, laissée à demeure, permit de faire des lavages à l'eau phéniquée pendant un mois. La malade put se lever ensuite et se trouva dans un état si satisfaisant que la sonde fut retirée et qu'elle retourna chez elle. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie. (*Bull. de thér*, n° 2.)

C'est un succès de plus à l'appui de cette méthode. Sur 71 cas, il y a eu 48 guérisons et 17 morts. On peut donc la tenter malgré les dangers apparents d'un traitement toujours long et donnant prise aux accidents de septicémie pendant son cours.

Rupture spontanée. Le docteur Menzel (de Trieste) relate le cas d'une femme de soixante-sept ans, admise à l'hôpital dans l'état suivant: abdomen aussi volumineux que dans les derniers mois de la grossesse, épanchement abondant très-perceptible et utérus très-mobile, œdème des membres inférieurs, thorax normal. Une cirrhose fut diagnostiquée, et la dyspnée étant considérable, le docteur Lorenzutti pratiqua la paracentèse sans issue de liquide. Un cathéter, introduit dans la canule, ramena seulement peu de matière gélatineuse. On crut alors à la présence d'un kyste de l'ovaire, et la malade fut transférée dans le service de chirurgie, où M. Menzel pratiqua aussitôt une nouvelle ponction dans la ligne blanche avec un gros trocart. Il ne sortit pas davantage de liquide; l'aspiration seule amena une petite quantité de matière gélatineuse jaunâtre, contenant de nombreuses cellules lymphoïdes. L'opérée succomba le lendemain.

L'autopsie montra une énorme quantité de liquide gélatineux dans l'abdomen. Le péritoine était recouvert d'une couche de fibrine, épaisse de plusieurs lignes, en partie ferme et en partie ramollie. Des adhérences organisées existaient entre les circonvolutions intestinales et les parties voisines. Un kyste colloïde de l'ovaire gauche, aussi gros que la tête, était couché sur l'utérus ; les parois en étaient épaisses et ramollies. (*Viener med. Wochenschr.*, septembre.)

N'est-ce pas là un exemple de cette maladie gélatineuse du péritoine décrite par M. Péan en 1871 ? Cela est d'autant plus vraisemblable que l'épanchement s'était fait graduellement, et que la malade n'avait jamais éprouvé la sensation soudaine résultant de la rupture d'un kyste et de l'effusion du liquide dans le péritoine. Peu de jours avant sa mort, elle pouvait encore aller et venir.

Liquide laiteux. Dans la séance du 7 juillet dernier de la Société de médecine du canton de Fribourg, M. le docteur Perrin a communiqué l'observation d'une femme de quarante-sept ans, atteinte d'un kyste ovarique, dont la première et la seconde ponction donnèrent issue chacune à huit bouteilles d'un liquide blanc comme du lait, qu'il a présenté.

En proie à une intoxication mercurielle aiguë, cette femme était plongée dans le collapsus et une profonde anémie, avec œdème des extrémités. Deux ponctions, faites de douze à vingt-huit jours d'intervalle, ont donné issue à un liquide de même nature, ayant tous les caractères extérieurs d'un lait crémeux ou d'une émulsion d'amandes douces parfaitement blanche. Homogène, doux et onctueux au toucher, collant aux doigts, il offre quelques grumeaux blancs et son odeur est celle de la crème non altérée. Il laisse une tache blanche, empesée, pulvérulente sur l'étoffe ; densité, 1,002 ; réaction neutre.

Examiné au microscope et analysé chimiquement, il s'est montré formé d'une forte proportion de graisse en émulsion dans un liquide albumineux contenant une certaine quantité de pus. L'œil nu y découvre des globules graisseux, des globules de pus altéré, des cellules pavimenteuses, un grand nombre de bactéridies, de vibrioniens et de rares cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

L'absence de liquide semblable, dans les observations relatées jusqu'ici, rend cette observation neuve et intéressante. Elle peut

être l'objet d'indications thérapeutiques spéciales. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, août.)

L

LEUCOCYTES. *Origine.* — Voy. Pus.

LICHEN HYPERTROPHIQUE. Nature. Considérée comme une inflammation par M. Hardy qui l'a distinguée cliniquement le premier, cette maladie est constituée anatomiquement comme les papillomes, selon M. A. Charpy qui en relate deux observations. La première sur un homme de quarante ans, entré à l'Antiquaille de Lyon, portant, depuis un an, de chaque côté du sillon inter-fessier, deux plaques symétriques comme une pièce de 5 francs, saillantes, sèches et dures, à teinte ardoisée, à surface gaufrée. Elles n'étaient pas douloureuses, mais gênantes par le frottement. Les pommades, les bains, les lotions, furent essayés sans succès. L'excision des deux plaques amena au contraire la guérison en quelques jours.

Le second cas est un homme de trente ans, entré à l'Antiquaille en août 1871. Depuis deux ans, la plante du pied droit avait été progressivement envahie par une tuméfaction saillante, végétante, mamelonnée, s'étendant depuis la racine des orteils jusqu'à 5 centimètres en avant du talon.

Près du gros orteil, la lésion consistait en saillies verruqueuses, jaunes ou plutôt ardoisées, sèches, cornées, et ressemblant aux végétations de l'éléphantiasis. Au sommet de la voûte, les végétations de couleur rouge, étaient aplaties et ulcérées. Une rainure profonde et suppurante limitait l'affection en arrière. Le malade n'en souffrait pas, sinon en marchant. L'abrasion et la cautérisation consécutive au fer rouge amenèrent la guérison.

L'examen anatomo-microscopique des parties excisées montra à M. Charpy une hypertrophie de toutes les parties constituantes de la peau : le derme, le corps muqueux et la couche cornée, dans le premier cas, et surtout des deux premiers dans le second. Une multiplication cellulaire envahit le derme, surtout à la base des papilles. Les glandes sébacées ou sudoripares ont disparu, ce qui explique la sécheresse. Les vaisseaux sont très-rares,

d'où la teinte ardoisée et l'absence d'hémorrhagie lors de l'excision.

Le corps muqueux subit une hypergenèse intense, comme celle des végétations vénériennes ; il écrase les papilles et change de forme.

La couche cornée est plus ou moins épaisse suivant l'intensité de la pression.

Ces caractères anatomiques distinguent le lichen hypertrophique des tumeurs malignes qui détruisent la forme et la structure de la peau. Il diffère des dermatites par la disparition des glandes et le volume de l'hypertrophie. La couche cornée n'est pas atrophiée comme dans l'eczéma ; l'épithélium n'a pas de vésicules. La squame remplace la zone cornée dans le psoriasis, le derme et l'épithélium sont moins atteints. Dans le lichen ordinaire, la néoformation se condense surtout autour des follicules pileux. La disparition des glandes, son développement considérable et sa limitation le rapproche au contraire des papillômes. Si la couche cornée est moins développée que dans le cor et la verrue, et si le corps muqueux l'est davantage, il se rapproche des végétations vénériennes, surtout lorsqu'il est ulcéré ; alors la prolifération conjonctive est plus intense, l'hyperplasie des cellules épithéliales plus abondante, tandis que les formations cornées sont amoindries.

De ces caractères, il résulte que : ce n'est pas là un lichen qui respecte les glandes, se développe par centres isolés autour des follicules, formant des papules, se terminant par sclérose, par résolution, se transformant même par eczéma, et guérissant par un traitement médical. Il n'y a pas un seul point de ressemblance.

Une inflammation ne se circonscrit pas ainsi et n'hypertrophie pas aussi considérablement un organe en respectant sa forme. On ne la voit pas suivre une marche progressive, tendre à la résolution ou à la cicatrisation, ni résister au traitement ordinaire des phlegmasies. Ce n'est donc pas une inflammation.

M. Charpy range le lichen hypertrophique parmi les tumeurs. Sa genèse spontanée ou par frottement, sa limitation, sa marche lente, indéfinie, envahissante sous l'influence d'une irritation étrangère, et sa résistance à tout autre traitement que la destruction par le caustique ou le bistouri, en sont les caractères, comme la hauteur de son accroissement hypertrophique, le développement des couches cornées, les complications verruqueuses, la destruction des glandes.

Il le classe parmi les papillômes, en raison de l'augmentation de toutes les couches de la peau avec conservation de cet organe. Sa non-pédiculisation seule l'en sépare ; il s'étend en surface et s'étale, tandis que les autres croissent en hauteur ; ce serait donc un *papillome étalé ou en plaques*. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 1.)

LIPOMES. Diagnostic. Fondé sur la propriété des tumeurs graisseuses de prendre une certaine consistance sous l'action du froid, le docteur de Montmeja conseille, pour lever les doutes qui peuvent s'élever sur leur diagnostic, de les refroidir avec la glace ou la pulvérisation de l'éther. Leur endurcissement sous cette action réfrigérante en démontre la nature graisseuse. (*Lyon med.*, juin.)

Moyen de prévenir la septicémie. L'étendue du traumatisme nécessaire pour l'excision des lipomes profonds et volumineux déterminant souvent l'infection purulente et la mort, M. Demarquay a imaginé une modification opératoire pour prévenir ces accidents. C'est de ménager l'enveloppe fibreuse du lipome et de l'isoler des tissus graisseux qui l'entourent. L'infiltration séro-sanguinolente et séro purulente des tissus environnants est ainsi prévenue, ainsi que l'infection qui peut en être la conséquence.

Il s'agit à cet effet, le lipome étant découvert, de l'énucléer pour ainsi dire de cette membrane d'enveloppe, ce qui est assez facile ; on remplit ensuite la cavité de boulettes de charpie. Plusieurs lipomes profonds et volumineux, enlevés ainsi, n'ont donné lieu à aucune complication. La plaie a guéri rapidement. (*Bull. de thér.*, août.)

Injections alcooliques. Chez une femme portant une énorme tumeur graisseuse, s'étendant de l'épaule au pli du bras, le docteur Hasse pratiqua, à quinze jours d'intervalle, quatre injections d'alcool dans l'intérieur en différents endroits. Une légère inflammation s'empara de la tumeur, des foyers purulents se formèrent qui, évacués, réduisirent la tumeur à une fonte générale. Un second exemple eut le même résultat. L'innocuité du remède et le succès obtenu permettent certainement d'y recourir.

Lipome sous-parotidien. Un homme fort et vigoureux,

de cinquante ans environ, portait dans la région sous-parotidienne droite, une tumeur volumineuse, molle, fluctuante et donnant la sensation d'un lipome superficiel. Une incision cruciale de la peau ayant été faite par M. Demarquay, la parotide apparut volumineuse, hypertrophiée, donnant bien une sensation molle et fluctuante, mais ce n'était évidemment pas le produit pathologique. Celui-ci était placé dessous. Le décollement de la glande ne suffit pas pour le mettre à nu ; il fallut entamer la parotide. Un lipome enkysté, plus gros qu'un œuf de poule, était placé dessous, derrière la branche montante du maxillaire inférieur où il envoyait un prolongement.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait bien d'un lipome. Cette ablation est toujours difficile et laborieuse, et intéresse, quoi qu'on fasse, quelques filets du facial. Il est donc important de bien établir ce siége sous-parotidien, sans quoi des confrères peu bienveillants pourraient incriminer le chirurgien opérateur d'après les lésions qui en résultent et croyant à un simple lipome sons-cutané. (*Soc. de chir.*, janvier.)

LUXATIONS. *Rupture de l'artère axillaire.* Une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus s'étant produite chez un homme de cinquante-huit ans, le professeur Lister en tenta la réduction huit semaines après l'accident, le blessé étant chloroformisé. En élevant le bras avec force, un craquement fut entendu. L'extension étant faite, une énorme tumeur, grosse comme une tête d'adulte, se dessina instantanément en bas et en arrière de l'aisselle, manifestement due à une extravasation du sang. Sans perdre de temps, le chirurgien découvrit l'artère axillaire au siége même de la rupture et la lia au-dessus et au-dessous. La tête de l'humérus fut réduite en même temps. Mais la mort survint trois heures après.

L'autopsie expliqua cet accident en montrant les parois athéromateuses de l'artère et la tête humérale entourées d'une masse de tissu ostéo-fibreux, formant une capsule artificielle intimement adhérente à l'artère axillaire. Ce vaisseau adhérait ainsi fermement à l'humérus et à l'apophyse coracoïde. De là sa rupture par les violentes tractions exercées entre ces deux points. (*Edinb. med. Journ.*, mars.)

Rupture de la veine axillaire. Ce fut la veine qui se rompit sous les efforts d'une traction continue et persistante pour la

réduction d'une luxation semblable de l'épaule droite, datant de six semaines, chez une femme de soixante ans. La main placée dans l'aisselle pour guider la tête de l'humérus vers la cavité glénoïde ne pouvant réussir à l'y placer, les tractions furent cessées ; mais il se forma aussitôt un gonflement fluctuant sous le grand pectoral droit, distendant en un instant tout le sein qu'elle rendait très-proéminent Aussitôt, la patiente se refroidit et tomba dans le collapsus. La respiration cessa, ainsi que le pouls ; le cœur battait à peine. Le professeur Agnew comprima la sous-clavière et, attirant la langue au dehors, des douches froides, l'ammoniaque, la respiration artificielle furent successivement employés. La syncope persistant et paraissant devoir être mortelle, les courants d'une batterie électrique furent appliqués sur les nerfs phréniques. En quelques instants, la respiration reparut et tous les autres symptômes se dissipèrent.

Aucun battement ne se faisant sentir dans la tumeur, et le pouls battant aussi fort à droite qu'à gauche, on conclut à la rupture d'une veine. La compression de l'artère fut continuée, des réfrigérants furent appliqués sur l'épanchement dont la résorption eut lieu en dix semaines. (*Amer. Journ. of med. sciences*, octobre.)

Ces faits de rupture ne sont pas rares et montrent toute la prudence que le chirurgien doit apporter dans la réduction de ces luxations anciennes, surtout chez les personnes âgées. Le docteur Willard en relate jusqu'à 23 dont il indique la source dans les auteurs anglo-allemands. On connaît le cas célèbre d'arrachement du bras arrivé à M. Alph. Guérin (voy. *année* 1864). Les mouvements doivent donc être calculés au moins pour protéger les vaisseaux.

La meccanica delle lussazioni recenti del femore et della loro reduzione (mécanisme des luxations récentes du fémur et de leur réduction), basé sur de nouvelles recherches anatomiques, par le docteur Fiorani (de Lodi); mémoire in-8° de 46 pages, avec 4 planches et 12 figures lithographiées ; Milan, 1872. Au lieu d'attribuer la difficulté de la réduction à la contraction musculaire, l'auteur l'attribue à des faisceaux ligamenteux adossés à la capsule, et notamment à un ligament antéro-supérieur qu'il ne faut pas confondre avec celui de Bertin. Celui-ci descend de l'épine iliaque antéro-inférieure, passe devant la capsule et va au petit trochanter ; celui-là très-fort, va du bord antérieur du

grand trochanter à l'épine iliaque antéro-inférieure. Deux autres existent également en arrière : c'est le ligament postérieur qui, partant de la portion inférieure du bord de la cavité cotyloïde, passe sur la capsule et se dirige jusqu'à la cavité digitale du grand trochanter ; l'autre s'étend de la symphyse pubienne au petit trochanter. Ce seraient les agents actifs de la limitation des mouvements physiologiques de l'articulation.

Par des études sur le cadavre, il s'est assuré ainsi que le ligament de Bertin limite l'extension, que le second limite la rotation extérieure, le troisième la rotation intérieure et le quatrième l'abduction. Malheureusement, ces expériences ne sont pas confirmées par des faits cliniques et resteront discutables tant que cette épreuve ne sera pas faite.

Ce travail, plus théorique que pratique, repose ainsi sur des luxations provoquées artificiellement d'après des idées *a priori* sur le rôle des divers muscles et tendons de l'articulation coxo-fémorale dans la production des diverses luxations du fémur directes et indirectes.

Luxation en haut de l'extrémité sternale de la clavicule. Observée à l'hôpital Richmond (de Dublin), par le docteur Smith. Elle est un exemple remarquable, entre les sept cas déjà relatés dans les annales de la science, dont cinq en France, en ce que le blessé, homme de soixante ans, ayant succombé le onzième jour après l'accident, les parties ont pu être examinées sur le cadavre, ce qui n'avait pas encore eu lieu. L'extrémité interne de la clavicule gauche était détachée complétement et passée sous le sterno-mastoïdien, fixée au-dessus du sternum, s'avançant en haut et à droite. En arrière, l'os luxé reposait sur le sterno-hyoïdien, en avant de la trachée, qu'il comprimait.

Sans rien apprendre de nouveau, ce fait, représenté par deux belles planches, confirme la justesse des opinions émises par les précédents observateurs sur les rapports anatomiques de l'os. Le résumé de leurs observations forme ainsi une monographie complète de cette grave luxation. (*Dublin Journ. of med. science*, décembre 1872.)

Luxations atrophiques du fémur, dites *congénitales*. De nombreuses observations recueillies par M. le docteur Dally et faites dans son établissement gymnastique de Neuilly,

il conclut que les luxations ou subluxations infantiles, que l'on croit congénitales, parce qu'on n'en observe les effets qu'à l'âge où les enfants marchent, dépendent primitivement d'une simple atrophie et du relâchement des tissus et des muscles péri-articulaires. Tout établit ainsi qu'elles sont postérieures à la naissance et résultent d'une paralysie essentielle et partielle de l'enfance. La marche détermine ces déplacements qui ne se produiraient pas par un traitement précoce.

Six observations montrent qu'il est toujours permis d'espérer alors par l'hydrothérapie, l'électricité et le massage, une amélioration considérable de la marche et de l'attitude sans que la réduction centre pour centre ait lieu. (*Bull. de thérap.*, avril et mai.)

Luxation en arrière de la deuxième phalange du pouce sur la première. Dans deux cas observés par MM. Richet et Trélat, l'interposition des tendons fléchisseurs entre les extrémités articulaires rendit la réduction impossible. Il fallut employer le crochet à strabotomie pour déplacer ces tendons et les ramener à leur place. La réduction s'opéra facilement et la guérison eut lieu. (*Lyon méd.*, n° 14, juillet.)

M

MAL PERFORANT DU PIED (*mal plantaire perforant*). Nature et pathogénie. Dans un mémoire considérable, aussi bien présenté que logiquement déduit, et qui entraîne la conviction, MM. Duplay et J. P. Morat, *ex-interne* des hôpitaux de Lyon, donnent une étiologie nouvelle de cet ulcère perforant si rebelle, en contradiction avec les précédentes. Après l'exposé des symptômes principaux, basé sur six nouvelles observations, savoir : les troubles de la sensibilité locale, analgésie et anesthésie, les lésions des articulations voisines, celles de la peau, du tissu cellulaire, et les éruptions, les œdèmes, les phlegmons, les gangrènes qui en résultent, ces lésions sont étudiées microscopiquement dans une deuxième partie. Une lésion constante en ressort : c'est la dégénérescence d'un ou de plusieurs faisceaux nerveux affectant tout le trajet du nerf ou une étendue variable de son extrémité périphérique, avec

une ulcération sur son trajet, ulcération plus ou moins profonde, amenant la destruction des tissus, et regardée comme la maladie principale. Autour existent des altérations inflammatoires plastiques, consistant en hypertrophie papillaire; sclérose conjonctive et osseuse, endartérite, névrite périphérique. Représentées par la gravure, ces lésions sont la réfutation des précédentes théories sur la nature de ce mal étrange ; de là la troisième partie. Ce n'est pas un ulcère ordinaire, comme on l'a dit, puisque, seul, il est accompagné de ces altérations qui expliquent sa résistance à la cicatrisation et ses récidives. Il ne dépend pas davantage de l'athérome des vaisseaux, car cette lésion est très-exceptionnelle. C'est tout simplement une manifestation de la dégénérescence nerveuse, une trophonévrose, pour parler le langage des cliniciens actuels. Et, à l'appui de cette étiologie, nos auteurs montrent par des faits cliniques, l'ulcère perforant se produisant à la suite de la section, la compression du sciatique, à une maladie de la moelle ou des ganglions spinaux, et à un simple trouble de l'innervation. C'est ainsi que dans un ulcère du talon, dont la cause était restée inconnue, on trouva à l'autopsie, pour l'expliquer, une tumeur hydatique du sacrum comprimant les racines du sciatique. L'action du froid sur les extrémités périphériques nerveuses, la gelure des pieds, peut de même en être la cause.

C'est donc là une étiologie très-probable et satisfaisante se rattachant à la classe des trophonévroses qui grossit tous les jours. Elle explique l'inefficacité du traitement ordinaire, et montre que la section nerveuse, dans certains cas, serait le moyen de traitement le plus rationnel. De là le succès des amputations, des désarticulations, des résections, quand la dégénérescence nerveuse n'est pas trop étendue. (*Arch. gén. de méd.*, mars, avril, mai.)

MALADIES. M. le docteur Laroyenne a rencontré, sur 18 nouveau-nés, pendant le second semestre de 1872, une teinte spéciale, jaune-olivâtre, d'une grande partie de la surface cutanée ; les extrémités et les lèvres étaient violacées avec teinte sub-ictérique de la conjonctive. Cette maladie survient assez brusquement; sa marche est rapide ; la mort arrive en trente-six ou quarante-huit heures. Il y a peu de fièvre ; la température est de 1 degré pour s'abaisser de 2 quelques heures avant la mort. Les taches de l'urine sur les langes ont

une auréole sanglante. A l'autopsie, les viscères, foie, rate, poumons, n'offrent qu'une congestion intense ; sang noir, poisseux (couleur chocolat) dans les vaisseaux du liquide céphalo-rachidien, parfois du liquide péricardique ; caillots grenus, sanguins, plus ou moins volumineux dans les bassinets ; urine sanguinolente.

M. Parrot a observé un cas de maladie semblable ; Berckmann avait étudié les coagulations des veines émulgentes à la suite des catarrhes intestinaux ; Pollack, enfin, a publié des observations analogues qu'il explique par un excès de tension dans le rein, mais sans en donner la cause. Ces observateurs font tout dériver du catarrhe intestinal ; mais M. Laroyenne remarque, avec raison, que des enfants faibles ou forts, non diarrhéiques, sont pris subitement et meurent en quelques heures Une contre-épreuve contraire, c'est que les nombreux sujets atteints de diarrhée cholériforme n'ont jamais présenté les altérations rencontrées dans cette maladie. (*Assoc. française*, 2e session.)

Maladie de Bright. Étiologie. Comme pour montrer la multiplicité de ses causes, le docteur Luscka rapporte un fait où l'œdème de la partie supérieure du corps, l'hypérémie rénale et l'albuminurie paraissaient dus à un obstacle mécanique de la circulation veineuse. L'autopsie montra, en effet, une tumeur sphérique dans la veine cave, dont l'extrémité supérieure pénétrait dans l'oreillette droite, tandis que l'inférieure bouchait un tiers du calibre de la veine-cave inférieure (*Virchow archiv*). Ce n'était pas là une maladie de Bright, puisque le tissu rénal était intact, mais un simple œdème mécanique. Le besoin de trouver une cause mécanique ne doit donc pas faire confondre cet état.

Dangers d'empoisonnement. L'imperméabilité des reins et le défaut d'élimination en résultant par les urines constituent ce danger. La digitaline et l'opium ont ainsi donné lieu à des phénomènes toxiques. — Voy. Albuminurie.

Maladie bronzée d'Addison. L'adjectif *bronzée* est ici de trop, d'après les règles d'une bonne définition, suivant M. le docteur Laveran, car cette coloration bronzée n'est pas constante. Il rapporte, en effet, deux observations où elle manquait, et une troisième recueillie par M. Klebs, à Strasbourg. D'autres ont été également recueillies par divers auteurs. Ce

signe précieux pour le djagnostic d'une lésion si obscure peut être remplacé par l'anémie profonde et les vomissements bilieux incoercibles que présentent les malades. On doit donc supprimer cet adjectif. (*Gaz. hebdom.*, n° 38.)

La coloration bronzée n'apparaissant qu'à une période avancée, cachectique, de la lésion des capsules surrénales, il n'est pas étonnant qu'elle manque au début, et tels sont les cas rapportés par M. Laveran.

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par M. le docteur H. Roger ; tome Ier, 1 vol. de 491 pages, Paris, 1872.

Fruit de son enseignement officiel à l'hôpital des Enfants, depuis 1863, et résumant toutes ses recherches antérieures. Cette première partie traite de la *sémiotique*, et en particulier de la *température* qui en est le point le plus important. Sous ce rapport, c'est assurément le traité le plus complet de la température chez les enfants.

Leçons cliniques des maladies des femmes, par le docteur Gallard, médecin de la Pitié. Vol. in-8° de xx-792 pages avec 94 figures. Paris.

Ouvrage rédigé suivant les principes de l'École française, et s'écartant ainsi de tous les livres actuels. C'est à la clinique et à la clinique seule que l'auteur a eu recours pour le composer, avec un historique complet sur cette pathologie spéciale. Il convient donc surtout aux praticiens qui y trouveront des indications et des ressources thérapeutiques précieuses.

Traité pratique des maladies des vieillards, par M. Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy ; un gros vol. in-8° de 870 pages, 2e édition, Paris librairie *Germer-Baillière*.

La réédition d'un ouvrage n'a pas besoin d'éloges ; cette réédition est le plus éclatant, car elle témoigne de son mérite. Aujourd'hui surtout que l'enseignement aussi bien que la pratique de la médecine se sont transformés sous l'influence des doctrines allemandes, il est remarquable que cet ouvrage publié il y a vingt ans, conçu et exécuté d'après les errements d'il y a au moins trente ans et en ayant encore la facture et le cachet, ait conservé sinon la vogue, du moins un succès d'estime qui le fait encore rechercher par les praticiens. Cela témoigne d'une

grande valeur de fond et montre que l'observation clinique, telle que le fondateur de la vraie médecine, Hippocrate, l'a instituée et pratiquée, restera à jamais la base la plus sûre pour connaître et distinguer les maladies, ainsi que pour savoir les combattre, les guérir, ou les modifier.

Bien différent en effet des livres qui se publient actuellement et dans lesquels les recherches physico-chimiques et microscopiques tiennent la plus grande place, celui-ci est basé sur la méthode numérique inaugurée par M. Louis et fondée sur l'observation des malades. Ici, point de ces minutieux et fastidieux détails histologico-microscopiques, d'expériences sur les lapins et les rats, ni ces réactions chimico-physiques, si fort à la mode; mais des résultats cliniques et thérapeutiques en grand nombre d'après les meilleurs observateurs comme Andral, Louis, Cruveilhier, Chomel, Gendrin, Trousseau, Calmeil, Bouillaud, Piorry, Grisolle, Rayer, Beau, Gintrac. Symptômes et lésions anatomiques, tout est soumis à ce critérium de l'observation. Et au lieu de ces citations presque exclusivement allemandes, que l'on trouve partout aujourd'hui, c'est une saine érudition universelle. Canstatt est presque le seul auteur allemand cité; les auteurs anglais tiennent une plus grande place; mais c'est avant tout de l'École française qu'il s'agit.

Après des considérations générales sur les variations anatomiques et physiologiques que subissent les organes et leurs fonctions, chez les vieillards, l'auteur passe successivement en revue et comme dans autant de monographies séparées, les maladies et les affections qui leur sont particulières. S'ils sont exposés à les subir toutes, on sait qu'il en est qui les affectent spécialement, les maladies du cerveau notamment, qui sont traitées avec une ampleur remarquable. Celles de la poitrine, le catarrhe pulmonaire surtout, ont encore reçu plus de développement; puis viennent celles du cœur, de l'estomac, du foie, des reins, de la vessie, la goutte, etc. C'est un traité complet de toutes ces maladies en ce qu'elles ont de spécial au vieillard avec quelques additions empruntées à la littérature depuis la première édition.

MATERNITÉS. *Nocivité.* Après tous les documents statistiques accumulés ici et là pour démontrer le danger du séjour de ces asiles pour les pauvres femmes qui vont y accoucher (voy. *année* 1869), le résultat des accouchements faits par les

sages-femmes ou à domicile, a montré combien il importe que ces établissements soient fermés au plus tôt. — Voy. Accouchements.

Ces témoignages évidents ne laissant aucun doute sur la nocivité des maternités, l'administration de l'Assistance publique a décidé d'augmenter de plus en plus le nombre des femmes assistées, soit pour accoucher à domicile, soit pour accoucher chez des sages-femmes. C'est une amélioration.

Devant les épidémies répétées de fièvre puerpérale qui ont sévi à la Maternité de Liége, et qui ont encore récemment nécessité sa fermeture, le Cercle médical liégeois a adopté des conclusions analogues, qu'il a transmises aux autorités compétentes.

MÉDECINE. Médecine militaire. Instruit par la campagne de 1870-1871 des avantages du fonctionnement des hôpitaux de guerre sous la direction des médecins, l'empereur d'Allemagne a appliqué le même système aux hôpitaux permanents en temps de paix, par décret du 24 octobre 1872. Les commissions de lazaret de paix, instituées en 1852, sont supprimées et remplacées par le médecin en chef, dont la gestion est centralisée au siége du commandement de corps d'armée. Toutefois, le commandement militaire n'abdique pas le contrôle de la discipline et l'intérêt des malades.

Les médecins en chef sont nommés par le commandant du corps d'armée sur la proposition du médecin général. Ils sont déplacés le moins souvent possible et exercent le commandement sur tout le personnel militaire, médical et administratif attaché à l'hôpital. A l'égard des agents administratifs et des pharmaciens, ils sont investis du droit d'infliger l'avertissement, le blâme et l'amende.

Le médecin en chef organise les divisions de malades et les répartit entre les médecins traitants. Il conserve la haute direction du service pharmaceutique ou la confie à un médecin d'un grade élevé qui surveille le service des pharmaciens. Les médecins traitants sont indépendants, quant au traitement de leurs malades, et le médecin en chef est tenu de se rendre aux consultations qu'ils lui demandent. Les médecins assistants sont subordonnés à ceux-ci et tous sont nommés par le médecin général du corps d'armée.

Telle est la hiérarchie. Ces dispositions ont été appliquées

dès le 1er janvier 1873, dans tous les hôpitaux de paix ou de réserve. (*Gaz. hebd.*, n° 52, 1872.)

Imitant le système allemand, le roi d'Italie, par un décret du 17 novembre 1872, a confié aux médecins l'emploi de directeurs des hôpitaux militaires créés en 1870. Confié d'abord à un officier du commandement et aidé d'une commission administrative, cet emploi sera désormais rempli par le médecin en chef, assisté de deux médecins et d'un officier comptable secrétaire. Les fonctions de médecin en chef sont à peu près identiques avec celles qui lui sont conférées en Allemagne. Il relève du médecin directeur des hôpitaux de la division territoriale, position correspondante à celle de médecin de corps d'armée.

Les Italiens ont ainsi délaissé l'imitation de nos règlements militaires, pour suivre ceux de l'Allemagne, en émancipant leur service de santé de toute tutelle étrangère.

C'est aussi ce que veulent imiter aujourd'hui les médecins militaires français. L'expérience des guerres de Crimée et d'Italie, et surtout celle de 1870-71, ayant révélé, avec une évidence fatale, l'insuffisance du service de l'intendance dans ses rapports avec l'hygiène et la santé de l'armée, une Commission mixte a été nommée, dès 1872, pour étudier les réformes à introduire à cet égard dans la réorganisation générale de l'armée. Après de longues discussions sur les différents projets, chacun voulant faire prévaloir le sien, il n'y eut pas d'accord possible ni de majorité et la Commission dut se dissoudre sans avoir rien résolu. Le ministre s'adressa dès lors à l'Académie de médecine, au mois de juin, par l'intermédiaire de son collègue de l'instruction publique, en lui posant les trois questions suivantes :

La pharmacie militaire doit-elle être fusionnée avec la médecine?

Doit-elle être subordonnée à la médecine?

Ou doit-elle continuer à former un corps séparé et indépendant?

La fusion fut unanimement rejetée. Ses résultats précédents montraient assez qu'on ne saurait y revenir sans inconvénients; que les spécialités étaient bien plus utiles au progrès de la science et du service. L'importance du service pharmaceutique pour une grande armée exige des hommes spéciaux et les supprimer eût été contraire à la loi de germinal qui exige la séparation des deux professions.

Restait la subordination. Ce mot seul révoltait le corps des pharmaciens de l'armée qui avait compté les hommes du plus grand talent, les Serrulaz, les Millon égalant les Percy et les Larrey. Dès que l'on fit entrevoir que pour l'unité, l'homogénéité du service, cette subordination était indispensable, les trois pharmaciens, membres de la commission académique, se retirèrent devant ce parti pris, regardant comme humiliant pour la profession une semblable subordination. Telle fut en effet la principale conclusion du rapport présenté par M Broca. Elle fut si accentuée que dans toute la hiérarchie, depuis le premier échelon jusqu'au Conseil de santé, où le pharmacien inspecteur ne pourrait plus être l'égal, comme aujourd'hui, du médecin, puisqu'il serait injurieusement exclu de la présidence, même à l'ancienneté, le pharmacien serait subordonné au médecin, même d'un rang inférieur.

Une longue discussion dans laquelle M. Poggiale, ancien pharmacien inspecteur, s'est montré égal sinon supérieur en dialectique, en logique, à MM. Legouest et Larrey, n'a pas donné d'autres raisons pour cette subordination absolue que la nécessité de l'unité, de l'homogénéité du service. Par haine de l'autorité supérieure de l'intendance, que l'on veut abolir à toute force pour la remplacer par celle du commandement, encore moins apte, on prétend sacrifier l'autorité indédendante du pharmacien pour grandir d'autant celle du médecin. Sans examiner s'il n'y avait pas d'autres combinaisons pour ménager l'une et l'autre, et conserver des droits acquis; si l'autorité supérieure ne pourrait pas émaner par exemple, comme en Russie, du ministère de l'intérieur, ou si celle plus directe et immédiate du commandement ne pourrait s'exercer à la fois sur le médecin et le pharmacien dans leurs fonctions distinctes, séparément ou en formant une trilogie indissoluble, chacun a gardé ses opinions opposées, exclusives. M. Poggiale a montré le danger de conférer ainsi l'autorité sans la responsabilité équivalente, car le médecin, étranger à la pharmacie, ne saurait avoir la responsabilité réelle, immédiate, directe, de l'achat, l'approvisionnement, l'entretien des médicaments, pas plus que de leur préparation, ni des analyses chimiques, ni de tout ce qui en ressort. Sans examiner ces questions de pratique, d'exécution, sans tenir compte des droits acquis ni des justes et légitimes espérances des pharmaciens enrolés sous l'empire de la loi actuelle et que l'on frusterait sans compensation, par

cette mesure rétrospective, la commission a passé outre et, invoquant le grand mot d'intérêt public, elle a exigé pour ainsi dire le vote de cette subordination.

Heureusement, l'Académie a résisté à cet entraînement dangereux. Tout en votant, dans la séance du 5 août, l'autonomie sérieuse, sincère, efficace du corps de santé militaire, sous la direction d'un chef médecin pris dans son sein, ayant toutes les attributions du service de santé, elle a résolument refusé de voter la *subordination* du pharmacien au médecin. Ce sera l'affaire de l'administration à réglementer ce point délicat, sans léser les droits des pharmaciens ni leur juste indépendance.

MÉNINGITE Diagnostic. Poursuivant l'importante étude des changements du fond de l'œil qui accompagnent la méningite tuberculeuse, le docteur Vance a examiné, pendant les cinq dernières années, 29 cas dans lesquels la maladie était connue ou soupçonnée. 17 fois l'ophthalmoscope a révélé des changements congestifs ou neuritiques et, à l'exception d'un seul cas, tous les individus succombèrent. Dans les 12 autres, un état anémique fut décelé et il n'y eut que 7 décès. D'où l'auteur conclut que cette dernière condition est un indice plus favorable que la première, en insistant sur le diagnostic comparatif de cette anémie et de cette hypérémie cérébrale qui ne peuvent souvent se distinguer autrement que par l'ophthalmoscope. Malheureusement, cette distinction est tout hypothétique sans être justifiée par des autopsies. Le travail perd ainsi une grande partie de l'intérêt que le titre annonce.

The ophthalmoscope as a mean of diagnosis in tubercular meningitis and the diseases which simulate it, par Reuben Vance M. D. New-York.

Albuminurie. L'analyse des urines permet de constater chez presque tous les malades, adultes ou enfants, atteints de méningite, la présence de l'albumine dans l'urine dès les premiers jours de l'affection cérébrale dont elle peut ainsi être un signe précieux pour le diagnostic. Chez un bon nombre de ces malades, on trouve, en même temps, dans le produit de la sécrétion rénale, des cellules épithéliales, des globules sanguins et des cylindres fibrineux, absolument comme dans la maladie de Bright. Les lésions constatées à l'autopsie dans le tissu rénal sont également celles de la néphrite albumineuse. Le rein est

augmenté de volume, et cette augmentation porte plus spécialement sur la substance corticale, qui acquiert parfois jusqu'à un centimètre d'épaisseur ; le tissu rénal est fortement injecté, les glomérules gorgés de sang ressortent d'une manière plus sensible qu'à l'état normal ; il y a des épanchements de sang dans les canalicules urinifères. Le professeur Rosenstein attribue ces lésions à un trouble dans la circulation, dû à l'altération fonctionnelle des filets nerveux destinés aux *vasa vasorum*.

Méningite cérébro-spinale. Dans son développement épidémique, à New-York, de la fin de janvier au commencement de décembre 1872, son caractère distinctif a été de sévir principalement sur les enfants. D'après la statistique officielle, sur 975 victimes, 665 étaient au-dessous de dix ans, c'est-à-dire les trois quarts, et 106 avaient de dix à quinze ans.

S'il en a été de même dans d'autres épidémies, comme le docteur Lewis Smith, médecin de l'hôpital des Enfants, qui s'en est fait l'historien, le montre dans un rapport très-complet, elles n'ont pas toujours affecté ce type infantile, notamment celles qui ont frappé nos armées en Afrique et en d'autres pays chauds.

Et pourtant, c'était bien la même affection, reconnaissable à ses complications ordinaires de pneumonie asthénique et de pharyngite. Tandis que la maladie principale se manifestait très-rarement sur des personnes au-dessus de cinquante ans, tout le monde était frappé uniformément de ces complications. Il y eut ainsi en mai et juin, alors que l'épidémie était à son *summum*, 1707 décès de maladies des voies respiratoires, à l'exclusion de la phthisie, et seulement 1336 pendant les huit autres mois de l'année.

Tels sont les traits distinctifs de cette épidémie que l'historien compare avec les précédentes, ce qui forme une monographie intéressante, utile à consulter. (*Amer. Journ. of med. sc.*, octobre.)

Éserine. En niant la contagiosité de cette maladie, le docteur Davis (de Chicago) a trouvé la fève de Calabar d'une grande efficacité. Il emploie une teinture faite avec cette fève et l'ergotine sans en fixer les doses. Ce n'est donc là qu'une indication. (*Boston med. Journ.*)

Méningite syphilitique. Une prostituée de vingt-six ans,

entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 7 février 1872, ayant éprouvé de nombreuses manifestations syphilitiques, notamment de la céphalée, présentait tous les symptômes de la méningite, la raie méningitique en particulier, mais sans la température élevée du début des inflammations. Celle du rectum ne s'élevait qu'à 37 degrés avec 84 à 92 pulsations. En raison même de cette anomalie et du genre de vie de la malade, M. Ollier soupçonna la syphilis et prescrivit de larges frictions sur le front et les tempes avec l'onguent napolitain et 2 grammes d'iodure de potassium. Dès le lendemain, un mieux sensible existe, et en doublant l'iodure, les douleurs de tête disparaissent immédiatement ainsi que les vomissements.

Comme contre-épreuve, on suspend l'iodure, et aussitôt les douleurs de tête reparaissent. On en reprend l'usage, et la malade accuse de l'amélioration. Ces épreuves alternatives, faites à son insu, donnent les mêmes résultats. On ne peut donc hésiter à attribuer cette amélioration rapide à l'action de l'iodure (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 3). Le titre de *céphalée* nous semblerait plus exact.

MOIGNON. Sa conicité, suivant le docteur Güterbock, peut être due à l'hypertrophie de l'os survenant après les amputations les plus habilement faites. La prolifération s'établissant par un processus semblable à celui de la cicatrisation, survient quelques mois après l'opération. Elle peut aussi résulter d'une ostéomyélite ou d'une ostéite et d'une périostite aiguë, conséquence du décollement du périoste. Ces cas, aussi bien que ceux d'hyperostose spongieuse volumineuse, peuvent apparaître en trois semaines. L'hyperostose chronique peut résulter d'une formation osseuse excessive par le fait d'une cicatrisation lente et pathologique de la plaie. La formation secondaire d'un canal médullaire, qui a souvent lieu, peut aussi résulter de la fusion du nouvel os et de l'union des cavités médullaires. La partie corticale devient aussi souvent poreuse. La prolifération périostique ne produit que rarement des moignons coniques, mais plus souvent un grossissement de l'extrémité par une formation excessive du cal. L'absence de canaux réguliers de Havers en est le résultat. Une ossification excessive du ligament interosseux résultant assez souvent de l'irritation chronique produite par les membres artificiels, donne aussi lieu aux moignons coniques. (*Archiv. für klin. Chir.*, t. XV.)

MOLE HYDATIQUE. *Emploi de l'éponge préparée.* Chez une femme de trente-six ans, anémique, éprouvant des troubles qui se rapportaient à une grossesse, mais sans suppression des règles, M. le docteur Tuefferd (de Montbéliard) constata une tumeur sous-pubienne volumineuse, arrondie, de la forme et du volume d'un utérus gravide à la quatorzième semaine, débordant le pubis de deux travers de doigt. Ramollissement du col, ballottement parfaitement appréciable.

Les troubles s'aggravant un mois après, et le ventre et l'utérus étant dès lors aussi volumineux qu'au sixième mois de la grossesse, il fallut en abandonner l'idée. On ne percevait aucune partie fœtale, ni souffle, ni battement cardiaque. Une perte se déclara. Le seigle ergoté et le perchlorure de fer augmentaient les vomissements. Une hématémèse suivie de syncope commandait d'agir.

Pour s'assurer de la nature de la tumeur, M. Tuefferd introduisit un cône d'éponge préparée dans le col et tamponna. Le lendemain, sa malade l'accueillit par ces mots : Je suis accouchée. Quatre heures après l'application de l'éponge, des contractions s'étaient déclarées et, cinq heures après, une masse gélatineuse, énorme, repoussant éponge et tampon, fut expulsée remplissant un baquet de 16 à 17 litres d'un liquide rosé où nageaient des vésicules hydatiques (*Union méd.*, n° 97). C'est donc un moyen à ne pas négliger en pareil cas.

MORT. *Moyen certain de la constater.* Parmi les nombreux moyens que l'institution des prix de 20 000 et de 5000 francs par le marquis d'Ourches doit faire éclore, et dont les concurrents atteignent le chiffre de 102 à l'Académie de médecine, le docteur Hugo Magnus devait présenter ses recherches sur cette question. La guerre l'en ayant empêché, il les publia dans les *Archives de Virchow.* Il s'agit tout simplement de pratiquer la ligature d'un doigt sur la dernière phalange. Si la circulation existe, l'extrémité étranglée de la phalangette deviendra d'abord rouge, puis de plus en plus noire, jusqu'à ce que la couleur se convertisse en un bleu rougeâtre, excepté la partie attenant à la ligature, où se voit un anneau blanc. Si aucun de ces phénomènes ne se produit, la mort est certaine.

Ce moyen simple, à la portée de tout le monde, sans danger pour la vie, donnait l'espoir à l'auteur allemand de remporter le prix ; mais il est probable qu'il a été devancé par plusieurs

de ses compétiteurs, car c'est surtout sur les deux grandes fonctions de la respiration et de la circulation, indispensables à la vie, que doivent porter les expériences pour constater la mort.

Ponction de l'œil. La ponction de l'humeur aqueuse, pendant la vie, déterminant toujours la contraction de la pupille, le docteur Liersch propose de la faire après la mort.

La non-dilatation de la pupille serait un signe absolu de sa réalité (*Viertelj. für gericht med.*, avril). Est-ce là une opération assez bénigne pour l'employer ainsi comme épreuve? Il ne faut pas s'exposer à tuer un homme ni même le rendre infirme pour voir s'il est mort.

Suivant M. le docteur Veyne, le moyen infaillible serait la cessation de la circulation constatée par la vacuité des artères rendue évidente par l'artériotomie.

On se demande si, dans certaines syncopes, les vaisseaux artériels ouverts fourniraient toujours du sang par l'artériotomie et si ce procédé, appliqué imprudemment, n'offre pas de graves inconvénients.

Mort subite. *Fracture de l'apophyse odontoïde.* Pour montrer combien la cause réelle de la mort peut parfois être invraisemblable, M. le docteur A. Foville signale l'observation d'un homme de soixante-douze ans, placé à Charenton depuis quatre ans, par suite d'une attaque d'apoplexie, qui succomba instantanément par suite d'une chute de sa hauteur faite en marchant. Il n'avait poussé aucun cri ni eu de convulsion. On supposait qu'il avait succombé à une nouvelle lésion encéphalique, du bulbe en particulier. Un examen très minutieux de l'encéphale, des poumons, du cœur, de la moelle, fut négatif, et l'on allait conclure à la ressource ultime de la syncope, quand une coloration ecchymotique inusitée de la substance grise de la région sous-bulbaire attira l'attention. On trouva des infiltrations ecchymotiques entre les muscles profonds de la nuque et la fracture de l'apophyse odontoïde à sa base. Une plaie de la partie supérieure du front montrait, qu'en tombant ainsi, tout l'effort de la chute avait été transmis à la partie antérieure de l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale, d'où est résultée cette fracture, comme le prouve la rupture des ligaments atloïdo-axoïdiens. (*Soc. de méd. de Paris* et *Gaz. des hôp.*, n° 29.)

Mort par le protoxyde d'azote. — Voy. Anesthésie, Fœtus.

N

NÉCROLOGIE. L'épidémie cholérique, malgré sa bénignité en France, a fait plusieurs victimes dans les rangs des médecins à leur poste d'honneur, c'est-à-dire en soignant les malades. A Caen, où elle a sévi avec le plus d'intensité, six médecins ont ainsi payé leur dévouement. Le vénérable directeur de l'École de médecine, M. Vastel, n'ayant pas voulu abandonner son service, malgré son âge avancé, a succombé rapidement au fléau, ainsi que M. le docteur Faucon, secrétaire de l'Association locale des médecins. Ce sont là des pertes doublement regrettables et que l'État devrait honorer publiquement, comme il le fait pour ses généraux qui trouvent glorieusement la mort dans les combats.

Parmi les témoignages d'honneur et de reconnaissance publiques, rendus aux médecins illustres et méritants, nous annonçons la souscription ouverte en Italie pour élever une statue au célèbre anatomiste Eustachi qui a découvert la trompe qui porte son nom. Elle sera érigée à San Severino, son pays natal. C'est d'un bon exemple pour montrer la voie à ceux qui sont hésitants et les encourager à la suivre.

C'est aussi par un monument que les concitoyens de Ceccaldi, mort en 1870, ont honoré sa mémoire.

Guidés par leur piété filiale, les enfants du célèbre chirurgien anglais, sir W. Lawrence, viennent aussi de remettre 25 000 fr. à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, théâtre des grands succès de leur père, pour fonder une bourse scolaire en mémoire de leur père. C'est encore préférable à une statue.

Asuero (*Vincent*), professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Madrid, membre de l'Académie de médecine et du conseil de salubrité où, comme rapporteur, il fut chargé des plus importants travaux, a terminé sa laborieuse carrière le 23 février, à soixante sept ans. Sa distinction, son savoir lui avaient créé une grande clientèle, malgré ses nombreuses fonctions officielles. Aussi fut-il honoré de titres et de distinctions. Sa mort a remplacé l'estime générale dont il jouissait par les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Auber (*Édouard*), le médecin philosophe aux traditions hippocratiques, dont tous les ouvrages, de pure littérature médicale, rappellent cette doctrine et tendent à la faire triompher, a succombé le 8 juin, à soixante-dix ans. Écrivain distingué, littérateur, homme d'esprit, il adopta de bonne heure le vitalisme hippocratique et y consacra plusieurs ouvrages, notamment son *Traité de la science médicale* et ses *Institutions d'Hippocrate*. Son *Hygiène des femmes nerveuses* eut un grand succès parce qu'il connaissait profondément son sujet. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Baker Brown (*Isaac*), l'un des premiers ovariotomistes anglais et qui s'est rendu trop célèbre par sa *clitoridectomie*, a succombé le 3 mars, aux suites d'une paralysie générale, âgé de soixante et un ans. Anatomiste consommé, esprit ardent et absolu, et doué d'une imagination vive et d'une habileté d'artiste, il ne craignit pas de tenter, dès 1847, l'extirpation de l'ovaire, malgré l'avis contraire des plus grands chirurgiens. Les trois premières opérations furent fatales. Des huit premières opérées, trois seulement survécurent. La quatrième fut sa propre sœur, qui lui survit. Ses succès postérieurs égalent ceux des plus heureux ovariotomistes. Plusieurs modifications opératoires lui sont dues.

Il fut le principal fondateur de l'hôpital Sainte-Marie de Londres, où il devint professeur d'accouchements. Plus tard, il fonda sa maison de santé (*the London surgical Home*) destinée aux femmes, où il exécuta privativement un grand nombre d'ovariotomies, ce qui en fit suspecter les succès étonnants. C'est là aussi qu'il exécuta cette excision du clitoris contre l'onanisme et les affections nerveuses, l'épilepsie, l'hystérie en particulier. Il s'aliéna ainsi tout le corps médico-chirurgical qui, voyant là un acte de charlatanisme, l'exclut des Sociétés médicales dont il faisait partie. Malgré son habileté et sa réputation, ce coup lui fut fatal ; la clientèle l'abandonna et il succomba dans l'indigence et le délaissement général.

Bence Jones, célèbre médecin anglais, a succombé le 20 avril, à une affection du foie, âgé de soixante ans à peine, après avoir parcouru une brillante et utile carrière dans la voie nouvelle des applications chimico-physiques à la clinique et à la thérapeutique, dont il fut l'initiateur en Angleterre. Élève

de Graham, l'auteur de la dialyse, il se livra, dès ses premières années, à l'étude expérimentale de la chimie organique dans ses rapports avec la médecine pratique, notamment avec Liebig, son maître et son ami, qu'il précéda de quelques jours dans la tombe.

Élu membre de la Société royale et médecin de l'hôpital Saint-Georges, Bence Jones s'empara avec ardeur des idées nouvelles et appliqua résolument la chimie dans ses leçons et dans sa pratique. Plusieurs ouvrages publiés dans ce sens le firent bientôt distinguer. Il devint ainsi le successeur de Prout et de Bright dans la spécialité des maladies des voies urinaires, et tel fut son succès que, de 1854 à 1865, sa clientèle lui rapportait 185000 francs par an. Il mettait son orgueil à être aussi bien un savant qu un habile médecin, et la plus grande injure pour lui était de dire que les médecins n'étaient pas des savants. Tous, en effet, devraient au moins aspirer à le devenir.

La liste de ses travaux est si longue qu'il est impossible de les citer ici. Toutes les Sociétés savantes se l'étaient associé, celle de biologie et d'hydrologie de Paris, en particulier. Il fut pour l'Angleterre ce que Rayer fut parmi nous. C'est là son plus grand éloge.

Bennakine (*Alexandre*), médecin en chef de l'armée russe et du Czar, a succombé subitement à Paris, âgé de cinquante-cinq ans. C'était une illustration de la corporation.

Bonnet (*Jacques*), médecin distingué de Lyon, a succombé le 14 août, âgé de cinquante-sept ans. Membre de la Société de médecine, secrétaire de l'Association des médecins du Rhône, médecin des prisons, il fut hautement apprécié dans toutes ses fonctions, autant par son savoir que par son caractère digne et confraternel. Après deux anévrysmes du creux poplité, développés à deux ans d'intervalle et guéris par la compression digitale, il est mort subitement, probablement d'une rupture anévrysmale.

Boulian, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles, officier de la Légion d'honneur, venait d'atteindre le terme de sa retraite, après quarante ans de services et vingt-cinq campagnes, lorsqu'il succomba le 14 avril à un érysipèle typhoïde contracté dans son service. Sa bonté, son dévouement,

autant que son savoir, l'avaient fait distinguer dans l'armée ; aussi les infirmiers ont-ils réclamé la faveur de porter son corps à sa dernière demeure. Tendre preuve de reconnaissance de sa bonté.

Bricheteau (*Félix*), rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, a succombé le 31 mai, à une affection des centres nerveux, âgé de trente-sept ans. Travailleur infatigable, ambitieux de justifier son nom en marchant sur les traces de son oncle, le docteur Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker et membre de l'Académie de médecine, il fut successivement interne et chef de clinique, et aspirait au bureau central, lorsque le mal s'empara de lui et le terrassa. C'est une nouvelle victime du travail forcé et des concours.

Brown (*James L.*), président de la Société obstétricale de New-York, professeur adjoint d'obstétrique au Collége de cette ville et membre de l'Académie de médecine, etc , etc., a succombé en trois jours à une congestion pulmonaire, le 6 février, étant dans toute la vigueur de son talent et de son corps. Tous ses confrères reconnaissaient sa supériorité comme gynécologiste, et son avenir était grand, tandis que par sa mort inopinée, il a laissé sans ressources sa femme et son enfant. C'est une grande perte pour la science et la profession.

Carden (*Henry Douglas*), chirurgien éminent à Worcester, et bien connu comme l'auteur de l'amputation de la cuisse à un seul lambeau, a succombé à une apoplexie, le 22 décembre 1872, dans un âge avancé.

Chatin (*Henri*), médecin de la Charité de Lyon, professeur suppléant à l'École de médecine, membre des Sociétés médicales, a succombé subitement, le 6 janvier, à peine âgé de cinquante ans. Son savoir, ses travaux, son aménité et sa distinction l'avaient déjà porté à la première place comme praticien et l'appelaient aux plus hautes fonctions, car il jouissait de l'estime et de la confiance de ses confrères, encore plus complétement que de celle du public ; mieux à même d'apprécier son savoir et ses qualités, ils ne recouraient jamais en vain à ses avis, ses conseils, et son caractère conciliant en avait fait l'ami de tous.

Combes (*Hippolyte*), ancien professeur à l'École de médecine de Toulouse, est décédé le 13 février à soixante-cinq ans. Sa notoriété le fit nommer inspecteur d'Académie et ses services lui valurent la décoration, mais l'indépendance qui lui était chère lui fit prendre sa retraite de bonne heure pour donner tous ses soins et son dévouement à la Société des médecins de l'arrondissement de Castres, dont il était le président.

Coote (*Holmes*), chirurgien et professeur de chirurgie à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, a succombé à une affection mentale, le 22 décembre 1872, à cinquante-six ans. Il commença sa carrière d'une manière brillante comme anatomiste. Professeur et chirurgien habile et de ressources, il obtint ainsi le prix triennal du collége et collabora au *System of Surgery* d'Holmes. Mais toutes ces espérances vinrent échouer contre une disposition mentale maladive qui le fit mourir dans un asile d'aliénés en laissant sa famille dans l'indigence.

Czermak, l'inventeur ingénieux du laryngoscope, a succombé au diabète, à Leipzig, où il professait la physiologie. Il n'avait que quarante-cinq ans. Les services que rend chaque jour son instrument suffiront à perpétuer son nom.

Dalrymple (*Donald*), député libéral de Bath au Parlement anglais et à qui est due la loi sur l'ivrognerie, a succombé à un choléra presque foudroyant à Southampton, le 19 septembre. Il était membre du collége des médecins de Londres depuis 1859, et avait cessé tout exercice professionnel depuis 1862, pour s'adonner à la politique.

Demaria (*Carlo*), professeur de médecine légale à l'université de Turin, commandeur de l'ordre national et bien connu par ses travaux, a succombé le 27 juin, âgé de soixante ans. Son intégrité notoire et ses connaissances en médecine légale et en hygiène le firent élire au Parlement italien, où il siégea avec distinction.

Despine (*Claude-Joseph-Constant*), dont le nom se trouve si intimement lié aux eaux d'Aix en Savoie, dont il fut inspecteur, a succombé le 14 mars à soixante-six ans. Issu d'une famille médicale qui fonda les thermes d'Aix, il y consacra

également sa vie, et sous le gouvernement italien et sous le gouvernement français. Tous ses ouvrages ont trait à ces thermes. Il en reçut la récompense par les décorations italienne et française.

Dubois (*Frédéric*), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, a succombé aux suites d'une hémorrhagie cérébrale, qui le tenait éloigné de ses fonctions depuis trois ans. Après plusieurs concours vains à la Faculté et dans les hôpitaux, après la publication de divers ouvrages, notamment d'un *Traité de pathologie générale*, qui lui donnèrent de la notoriété, il fut élu à l'Académie de médecine, où le portaient ses goûts et ses habitudes littéraires. Il en était secrétaire annuel quand la mort de Pariset laissa vacante celle de secrétaire perpétuel, qu'il avait illustrée par ses *Éloges*. Avec l'aide de Velpeau et de quelques autres amis influents, Dubois réussit à lui succéder, mais sans le remplacer jamais. Absolu dans ses idées, critique sans bienveillance, il ne supportait pas la contradiction. Il fut ainsi le mentor sévère et rigoureux de l'Académie pendant l'Empire. Personne n'y entrait que par sa faveur ou son bon vouloir. C'était un autoritaire et un mauvais coucheur.

Ducoux (*François-Joseph*), médecin qui s'est plus distingué en politique qu'en médecine par ses principes sûrs, élevés, son esprit ferme, républicain, ses actes dignes et désintéressés, a succombé le 22 mars, à soixante-cinq ans, des suites d'une fracture de jambe. Nommé député en 1848, puis préfet de police, il montra toujours dans ces fonctions un esprit droit et équitable, des convictions à toute épreuve et une grande dignité. Adversaire de l'Empire, il se retira de la politique pour prendre la direction des petites voitures, et mourut député de Loir-et-Cher sous la République qui était le gouvernement de son choix. S'il n'a rien produit comme médecin, la profession peut du moins être fiere d'avoir compté ce caractère si bien trempé dans ses rangs.

Eames (*Henry*), jeune médecin irlandais d'un grand avenir, a succombé le 24 mars au typhus contracté dans ses fonctions de médecin de l'hôpital Mercer (de Dublin), à l'âge de trente et un ans, victime de son zèle professionnel, comme Curran

l'année dernière. Quoique favorisé de la fortune qui dispense tant d'autres hommes du travail, ce jeune homme avait embrassé résolument une des carrières qui exigent le plus de labeurs pénibles, dégoûtants et même périlleux. Il s'y dévouait avec dévouement lorsque la mort est venue l'arrêter dans ses bienfaits.

Fallot (*Salomon-Louis*), le Nestor de la médecine belge, a succombé le 11 février à quatre vingt-dix ans. Ancien médecin en chef de l'armée, président de l'Académie royale de médecine et des jurys d'examen, M. Fallot était un savant de premier ordre qui fit le plus grand honneur à son pays. C'est une illustration qu'il perd en lui et un savant dont la France peut s'honorer. Né d'une famille originaire du Languedoc, exilée par la révocation de l'édit de Nantes, Fallot dut à ce hasard de ne pas naître français, et le devint néanmoins lors de la réunion de la Belgique. C'est ainsi qu'il devint médecin militaire. Mais pour rester hollandais et belge ensuite.

Fiorito, doyen et président de la Faculté de médecine de Turin, dont il était professeur de pathologie générale, membre fondateur et président de l'Académie royale de médecine, a succombé le 8 janvier, à soixante-dix-sept ans. Il fut élu député au Parlement subalpin. Ses connaissances l'ont fait distinguer pendant de longues années, et il emporte les regrets de tous ses collègues et élèves dont il était profondément estimé.

Girard (*Marc*), jeune chirurgien distingué de Bordeaux, professeur suppléant à l'École de médecine, chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-André, et déjà connu par une innovation chirurgicale importante : la kélotomie sans réduction de l'intestin, a succombé aux suites d'une simple piqûre d'épingle en faisant la désarticulation de l'épaule, âgé seulement de trente-cinq ans. C'est encore un martyr de la profession.

Par reconnaissance de sa valeur et de ses services, la Commission des hospices a fait faire les obsèques de ce chirurgien distingué à ses frais et voté une rente annuelle de 600 francs jusqu'à la majorité de son enfant *in utero*. Ces actes spontanés sont faits pour encourager la science et le dévouement, et honorent autant leurs auteurs que ceux qui en sont l'objet.

Hobson (*Benjamin*), médecin anglais qui, après avoir pris son titre, partit en 1839 comme missionnaire en Chine, où pendant vingt ans, il ne cessa de répandre les connaissances médicales aussi bien que les vérités du christianisme. Il fonda et dirigea successivement pendant ce temps des hôpitaux à Canton et Shangaï, et publia cinq ouvrages illustrés en chinois sur l'anatomie, la physiologie, la pratique de la médecine et de la chirurgie, les maladies des femmes et des enfants, et un traité élémentaire des sciences naturelles qui obtinrent un grand succès. Sa santé l'ayant obligé de revenir en Angleterre, il y fit connaître dans les journaux l'état de la médecine en Chine. Il succomba le 16 février, à l'âge de cinquante-sept ans, en laissant cet exemple d'activité dévouée pour le bien de l'humanité et celui de son pays qu'il a si utilement servi.

Hodge (*Hugh*), célèbre gynécologiste américain, professeur d'obstétrique à l'Université de Philadelphie, où il succéda à Devees en 1835, a succombé le 26 février à soixante-dix-sept ans. Ses *Principles of obstetrics* et un *Traité des maladies des femmes et des enfants* le recommandent suffisamment à la mémoire de ses successeurs.

Holland (*Henry*), le célèbre médecin philosophe anglais connu sous le nom de *sir Henry* dont les *Medical notes and reflections* ont charmé deux générations, a succombé en octobre, à quatre-vingt-cinq ans. Médecin de la cour d'Angleterre, pendant plus de trente ans, et créé baronnet en 1853, il fut en rapport avec toutes les sommités de son pays, et même de l'étranger. Ses *Recollections of my life* (souvenirs de ma vie), publiés en 1872, offrent ainsi des renseignements curieux sur les hommes marquants de son temps, Napoléon III entre autres. C'était un grand voyageur et il ne se passa pas d'années qu'il ne fit *son tour*, comme moyen d'hygiène physique et morale. Il venait de l'accomplir lorsque passant par Paris, il voulut assister à l'une des séances du Conseil de guerre jugeant le maréchal Bazaine. Il s'y refroidit et deux jours après, rentré chez lui, il se sentit indisposé et expira sans maladie ni agonie. Sa mort fut aussi douce que sa vie.

Huguier (*Pierre-Charles*), chirurgien distingué de l'hôpital Beaujon, mais surtout anatomiste consommé et comme tel

professeur à l'École des beaux-arts, agrégé de la Faculté de médecine où il concourut avec distinction à deux reprises, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur et de l'Université, etc., etc., a succombé le 12 janvier à un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur, âgé seulement de soixante-huit ans. Né pauvre, ce fut par un travail opiniâtre que M. Huguier parcourut si honorablement sa carrière. Sa découverte de la glande vulvo-vaginale et de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus qu'il excisa le premier, sont ses principaux titres, mais il se distingua par une foule d'autres travaux originaux. Élève de Gerdy, son compatriote, il fut comme lui très-simple dans sa vie et consacra tout son temps au travail. Il acquit ainsi de la fortune, sans avoir d'enfants pour la recueillir. Il consacra les derniers efforts de son intelligence ingénieuse à des améliorations aux études anatomiques à l'École des beaux-arts.

Jacquemin (*Joseph-Étienne*), trésorier de la Société de médecine de Paris, médecin des prisons de la Seine, et l'un des praticiens les plus occupés de Paris, a succombé à soixante-seize ans, regretté profondément de sa nombreuse clientèle. Il ne vécut que pour visiter, soigner, consoler les malades. Il étudia surtout les grands criminels de sa clientèle des prisons, et conclut que le défaut d'éducation première, les mauvais exemples, la paresse, conduisent de chute en chute au pied de l'échafaud.

Jordan (*Joseph*), médecin aussi ingénieux que bienfaisant, a succombé à Manchester le 31 mars, à quatre-vingt-cinq ans. Fondateur de l'École de médecine de Manchester, dont il fut l'un des professeurs les plus distingués pendant vingt ans, il ne cessa de pratiquer avec une grande distinction pendant un demi siecle. Son invention en 1854 pour le traitement des pseudarthroses ayant été méconnu en France dans un travail publié en 1860, il publia lui-même en français le *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique*, qui lui en donnait la priorité et qui le fit connaître comme tel en Europe.

De Liebig (*Justus*), l'un des plus grands chimistes du XIXe siècle, a succombé le 18 avril, à Munich, âgé de soixante-dix ans. Né en 1803 dans le duché de Hesse-Darmstadt, il était

gradé en médecine de l'Université d'Erlangen lorsqu'il vint étudier à Paris de 1822 à 1826. Ses rapports avec les premiers savants français décidèrent de sa vocation et de son avenir. A son retour dans sa patrie, il fut nommé professeur de chimie à l'Université de Giessen, où il fonda un laboratoire qui ne tarda pas à acquérir une célébrité européenne par les expériences remarquables, les analyses de chimie organique qu'il y institua. Il y attira ainsi des élèves de toutes les parties du monde. En 1840, il obtenait la médaille Copley ; cinq ans après, il était créé baron par le souverain de son pays, et en 1852, il était appelé à la chaire de chimie de Munich. Une souscription européenne de 25 000 francs lui fut offerte en 1854 en reconnaissance des services rendus à l'agriculture par ses travaux chimiques, et en 1861, il fut élu l'un des huit associés étrangers de l'Institut de France.

Par ses recherches nouvelles et originales de chimie organique, Liebig eut la plus grande influence sur la nouvelle voie positive que prit la médecine en Allemagne, et de là dans le monde entier. L'avenir en dira le résultat. Toutefois, l'industrialisme qui se fit à l'abri de son nom pour l'*extrait de viande* et les *bouillies des enfants* montre qu'à la fin de sa carrière, l'illustre savant était devenu homme d'argent comme tous ses compatriotes.

Lemaire (*Jules*), médecin à Paris, auteur du premier *Traité de l'acide phénique*, et qui en fit les premières applications thérapeutiques tant exagérées depuis, a succombé en mars à un âge encore peu avancé. C'était un esprit ingénieux dont les travaux méritaient d'être mieux connus et mieux récompensés.

Marchal (*de Calvi*), le penseur fécond et original, l'orateur brillant et fougueux, a été frappé d'apoplexie foudroyante, le 24 février à l'âge de cinquante-sept ans. Intelligence vive, ardente, ayant à un haut degré le don de la parole et de la plume pour exprimer ses pensées, il toucha à mille sujets divers sans les approfondir ; son admirable facilité de conception et d'élocution qui devait faire sa force le perdit. N'ayant aucun effort à faire pour s'emparer d'un sujet qui lui venait à l'esprit et le traiter avec succès, il les délaissa tour à tour, comme un amant volage, sans s'attacher à aucun. Chirurgien sous-aide à seize ans, il était arrivé au principalat, au commen-

cement de 1852 à trente-sept ans, étant professeur au Val-de-Grâce et agrégé à la Faculté de médecine. Une carrière des plus brillantes et utiles lui était ainsi réservée dans l'enseignement. Mais la politique l'avait déjà distrait de cette voie en 1848. Il se fit tribun des clubs et conquit bientôt la faveur populaire pour échouer tristement. Puis, donnant sa démission de chirurgien militaire en 1852, il entre dans la pratique civile et se fait journaliste. Il fonde la *Revue chirurgicale française* avec Bégin, Velpeau et Vidal (de Cassis) qui, malgré leur valeur, la laissent bientôt tomber. Il publie ensuite son traité des *accidents diabétiques*, qui révèle bien la puissance de cet esprit original, et termine par se faire chef de la doctrine l'*holopathie*. Il y consacre des cours et des publications, et même la *Tribune médicale*, mais sans grand succès. Son enthousiasme qui l'avait servi au début lui fut préjudiciable, et il disparaît ainsi sans laisser tout ce que sa riche et puissante intelligence promettait. Il ne sut utiliser ni ménager ses précieux dons.

Martin, le doyen des médecins de Marseille, ancien professeur d'anatomie à l'École, membre de toutes les Sociétés locales, a succombé le 29 août, âgé de quatre-vingt-quatre ans. Après avoir consacré sa vie à faire le bien, il lègue en mourant sa bibliothèque à l'École, 5000 francs au Comité médical local et 3000 francs à la Société locale des médecins. Il laisse ainsi des souvenirs précieux de sa munificence.

Merriman (*Samuel*), fils du célèbre accoucheur de ce nom, a succombé à cinquante-cinq ans, sans rien avoir pu faire pour continuer l'éclat scientifique du grand nom qu'il portait. Malgré une éducation complète et sa grande position, il n'occupa qu'un rang secondaire comme écrivain et praticien. Il manquait d'intelligence et de tact, montrant une fois de plus que l'on peut être le fils d'un grand homme sans en avoir la valeur. Son honorabilité professionnelle est son plus beau titre à la mémoire de ses contemporains.

Morel (*Benoît*), célèbre aliéniste français, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, près Rouen, a succombé le 30 mars, à soixante-quatre ans, aux suites d'un anthrax diabétique récidivé. Ses *Études cliniques sur les maladies mentales*, son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*

de l'espèce humaine, couronnés par l'Académie des sciences, des mémoires originaux sur le *goître*, le *crétinisme*, l'*alcoolisme*, le *délire émotif*, etc., portent tous le cachet d'un profond observateur et d'un esprit ingénieux et généralisateur. Rattachant la genèse de la folie aux symptômes visibles, il en montra surtout l'étiologie dans l'hérédité, établissant ainsi par l'étude des ascendants, leurs excentricités ou leurs maladies, leurs dénérescences physiques et morales, les maladies des descendants. Il agrandit ainsi et limita mieux le domaine de la pathologie mentale, prévit et prédit des maladies que d'autres étaient incapables d'entrevoir. Son diagnostic hardi porté sur l'état mental de l'assassin Chorinsky, en opposition à celui des aliénistes allemands, et se vérifiant deux ans après, a suffisamment montré sa grande valeur clinique. C'est donc une irréparable perte pour la science et pour la profession.

Murray (*John*), jeune médecin anglais, dont le début faisait pressentir un brillant avenir, a succombé à un œdème de la glotte, malgré la trachéotomie, le 15 octobre, âgé de trente ans. Après de brillantes études couronnées du diplôme de docteur en 1867, et complétées par une excursion en France et en Allemagne, il était déjà médecin-adjoint de l'hôpital Middlesex et rédacteur en second du *British medical journal*. A tous ces titres, sa mort excite les regrets universels. Une souscription s'est immédiatement ouverte pour honorer sa mémoire par l'érection de son buste et former un capital dont le revenu servira à aider et récompenser les étudiants précoces comme lui.

Nélaton (*Auguste*), le chirurgien le plus célèbre de la France pendant vingt ans, de 1850 à 1870, a succombé à une affection organique du cœur le 21 septembre, âgé de soixante-six ans. Tels furent sa vogue et ses succès dans la clientèle, qu'elle lui rapporta annuellement un demi-million pendant plusieurs années consécutives, et qu'il ne laisse pas moins de 7 millions à sa mort, malgré d'abondantes libéralités pendant sa vie. Ses succès professionnels furent ainsi supérieurs à ceux de Dupuytren et de Velpeau qu'il surpassa en honneurs et en fortune. Chirurgien de l'Empereur, celui-ci l'éleva à la dignité de sénateur et de grand-officier de la Légion d'honneur. C'est le plus grand hommage rendu au mérite. Son succès dans l'enseigne-

ment clinique à la Faculté de médecine de Paris fut égal, sinon supérieur à celui de ces grands chirurgiens, et pourtant il n'avait pas comme eux un abondant bagage scientifique. Ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, quoique rédigés sous son inspiration, sont plutôt dus à ses élèves. Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, sa place n'y fut guère marquée que par le silence. Mais doué d'un caractère doux, affable, éminemment bienveillant, confraternel par excellence, d'une grande bonté de cœur, il subjuguait par sa modestie et sa simplicité. Son grand sangfroid, un jugement sagace, aidé d'un profond savoir, lui donnaient une sûreté de coup d'œil et de diagnostic qui ne fut égalée, sinon surpassée par aucun de ses prédécesseurs. Ces principaux attributs ont ainsi disparu avec lui.

Obermeier (*Otto*), jeune médecin de Berlin, que des travaux d'anatomie pathologique microscopique désignaient comme l'un des plus fervents adeptes de l'École allemande, a succombé au choléra, victime de son zèle scientifique, le 20 septembre, à trente et un ans. Il s'occupait de recherches analytiques des matières excrémentitielles et des tissus des cholériques, lorsqu'il fut contaminé et mourut rapidement.

Partridge (*Richard*), chirurgien et anatomiste anglais distingué, président du Collége royal des chirurgiens et de la Société médico-chirurgicale, membre de la Société royale, etc , a succombé à Londres, le 25 mars, à l'âge de soixante-huit ans. Élève de Hodgson et d'Abernethy, il excella comme eux dans l'enseignement clinique et la pratique de la chirurgie.

Pelletan de Kinkelin, fils adoptif du célèbre professeur de physique de la Faculté de Paris, a succombé à une affection goutteuse qui l'avait fait retirer de bonne heure de la vie active. Ancien chef de clinique à l'hôpital de la Charité et médecin des hôpitaux de Paris, il resta presque obscur malgré son mérite. Comme son père, sa vie privée pourrait tenir ici une plus grande place que sa vie scientifique. C'est un grand nom qui s'éteint avec lui.

Picart (*Paul*), docteur des Facultés de Paris et de Wurzbourg, où il s'attacha au professeur Virchow, dont il importa le premier en France la théorie cellulaire par la traduction de cet

ouvrage, a succombé à la phthisie pulmonaire le 20 août, âgé de quarante et un ans. Médecin des hôpitaux de Marseille, il montra une grande capacité dans ses concours et une grande fermeté, une droiture de caractère dans la défense de ses droits, qui entravèrent son avancement.

Romberg (*Moritz-Heinrich*), connu par ses travaux sur le système nerveux, et notamment son *Traité des maladies nerveuses*, publié de 1840 à 1846, a succombé à une affection du cœur le 16 juin, à soixante-dix-sept ans. Ses débuts furent modestes, et ce fut par son travail qu'il acquit sa réputation européenne et sa haute position de professeur à l'Université de Berlin. Il devait aussi beaucoup à la France pour la vulgarisation de ses travaux.

Senn (*Louis-François*), célèbre praticien genevois, élève de Maunoir, et interne de Dupuytren, a succombé le 31 janvier, à soixante-treize ans. Il fut le premier étranger reçu interne des hôpitaux de Paris où plusieurs de ses compatriotes se sont distingués depuis. Esprit observateur, précis et sérieux, M. Senn se distingua tout jeune, par des travaux d'une portée toute nouvelle et qui sont restés dans la science, notamment sur la méningite, la taille et la délivrance.

Smith (*Robert*), chirurgien distingué de Dublin, attaché à l'hôpital Richmond et professeur de chirurgie au collége de la Trinité, a succombé jeune encore, le 28 octobre, à un cancer du foie. De nombreux travaux, et notamment son livre sur les *fractures et luxations* et son *Traité du névrome*, avaient déjà étendu sa notoriété, et tout lui promettait un bel avenir, lorsque la mort est venu le surprendre.

Startin (*J.*), dermatologiste renommé et le plus consulté de Londres, a succombé. Ce n'était pas un savant, et beaucoup de médecins ignorent même son nom. La célébrité des Wilson et Fox est beaucoup mieux établie. C'était un guérisseur très-heureux, qui ne s'appliqua jamais qu'à guérir. Il vint ainsi en 1841 passer plusieurs années à Paris pour suivre les cliniques de l'hôpital Saint-Louis. Son esprit pratique, son coup d'œil et ses ressources thérapeutiques furent tous ses moyens de succès qui dépassèrent ceux de tous les dermatologistes anglais.

Il est mort dans des circonstances qui montrent son extrême confiance dans l'art. Atteint de la pierre, il se fit d'abord lithotritier avec succès, mais un frisson intense suivit la dernière séance, et une cystite avec abcès en fut la conséquence. Il se fit tailler et se rétablit momentanément. Mais des symptômes rénaux ne tardèrent pas à reparaître quatre mois après. Un abcès périnéphrique se montra, et, quinze jours avant sa mort, une exploration de la région rénale amena l'extraction d'un calcul des bassinets. Il en fut soulagé, et espérait encore sa guérison, quand les nausées et la diarrhée survinrent, précurseurs de la mort. Il mourut donc comme il avait vécu : plein de confiance dans les ressources de l'art, qui avait été tout le secret de son immense succès. N'est-ce pas là un éclatant démenti donné aux positivistes de l'école actuelle?

Steiner (*Léon-Auguste*), médecin cantonal à Bouxwiller (Alsace), ancien interne de l'hôpital civil de Strasbourg, a succombé à cinquante-deux ans, après trente ans d'exercice de la médecine rurale où il s'était fait remarquer et apprécier de tous ses concitoyens par son savoir, son activité et sa dignité. La Société de médecine de Strasbourg, dont il était membre, lui a consacré un éloge bien senti.

Timermans (*Giuseppe*), professeur de clinique médicale et recteur de l'Université de Turin, a succombé le 8 mai, âgé de quarante-neuf ans, alors que l'enseignement médical attendait tout de lui et qu'il pouvait tant contribuer à ses progrès. Il institua ainsi, dans ses onze années de professorat, un Institut clinique complet pour les progrès du diagnostic, pourvu de tous les moyens physico-chimiques propres à le préciser. C'est aussi lui qui combattit victorieusement l'abus de la saignée en Piémont. Fils de ses œuvres, Timermans ne se serait pas arrêté dans cette voie glorieuse si la mort ne l'eût si prématurément ravi à la science et à son pays.

Tyler Smith (*William*), le célèbre accoucheur anglais, parmi lesquels il occupait la première place, a succombé inopinément à une attaque d'apoplexie dont il était menacé depuis quelque temps. Il n'avait que cinquante-neuf ans. Il commença par sa collaboration à la *Lancet* dont il devint bientôt rédacteur en chef. Devenu accoucheur à l'hôpital Sainte-Marie lors de sa fondation,

il en fut ensuite le professeur le plus renommé. Son *Manuel d'obstétrique* eut un grand succès et sa clientèle s'étendit considérablement.

Entre autres fondations utiles, la Société obstétricale de Londres, dont il fut le second président, le compte comme l'un de ses principaux auteurs. Ses travaux en obstétrique sont trop nombreux pour être énumérés ici.

Uytterhoeven (*Victor*), célèbre médecin belge, a succombé le 13 novembre, à soixante-douze ans. Médecin en chef des hôpitaux de Bruxelles, professeur à l'Université, officier de l'ordre de Léopold, chevalier de la Légion d'honneur, il s'était constamment montré à la hauteur de ces fonctions et de ces titres, ainsi que de beaucoup d'autres. Il était l'esclave de ses devoirs et n'acceptait une place que pour la remplir consciencieusement.

Wucherer (*Otto-Édouard*), médecin à Bahia (Brésil), où il exerça avec une grande distinction pendant longtemps D'origine allemande par son père et anglais par sa mère, il fit ses études à Paris pour aller exercer au Brésil. Il parlait et écrivait ainsi couramment l'allemand, l'anglais, le français et le portugais et comprenait par là l'italien et l'espagnol. Ses investigations sur l hypoémie intertropicale et la découverte de l'*ankylostome duodénal* comme cause, suffiraient à conserver son nom dans la science, si son dévouement dans une épidémie de fièvre jaune, allant jusqu'à recueillir les malades dans sa propre maison, ne le recommandait également à la profession.

Fondateur de la *Gazeta medica*, il l'enrichit longtemps de ses travaux. Revenu dans son pays natal, il fut frappé d'apoplexie à un âge qui n'était pas encore la vieillesse.

NÉPHROTOMIE. Aux cas de néphrotomie déjà exécutés à Londres et à Berlin (voy. *années* 1871 et 1872), en voici d'autres exécutés à New-York. Après un refroidissement qui détermina des douleurs rénales pendant dix-huit mois, un homme de trente-six ans était admis à l'hôpital Saint-Luc, le 1er avril 1872, dans le service du docteur J. Peters. Il se plaignait d'une douleur, avant et après l'émission de l'urine, qui se renouvelait toutes les heures. L'urine était purulente et albumineuse. Une sensation constante de pesanteur existait dans la région lombaire

droite, avec douleurs lancinantes dans le bassin. Douleur du méat urinaire. Tumour de la région rénale droite que l'on suppose formée par le rein même. Fluctuation profonde dans la partie correspondant au bassinet. Le canal déférent du même côté est volumineux et induré.

Ponction aspiratrice de la tumeur le 7 mai, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête iliaque, à 3 pouces de l'épine vertébrale ; 3 onces de pus s'écoulent ; le flot cesse soudainement, et l'on trouve les yeux de la sonde fermés par des fragments de calcul.

La néphrotomie est résolue et pratiquée le 10 mai. Une incision de 6 à 7 pouces est pratiquée de haut en bas. Le bord externe du carré des lombes est écarté et, en divisant le tissu cellulaire, la capsule rénale apparaît. On cherche le calcul dans le bassinet sans le trouver. Plusieurs points fluctuants de la surface rénale sont ponctionnés et donnent du pus sans calculs. On détruit les adhérences, on lie les vaisseaux et l'uretère, et l'on excise le rein. Le malade succomba soixante-cinq heures après l'opération.

L'autopsie montra une inflammation chronique du rein, de l'uretère, des vésicules séminales et de l'épididyme, avec tendance à la dégénérescence des cellules lymphoïdes.

Il y a donc eu méprise dans ce cas, comme l'implique l'absence de calcul à l'autopsie.

Le second cas concerne une femme de cinquante ans, atteinte de violentes hématuries depuis huit ans, avec douleur consécutive dans la région lombaire gauche. Une tumeur apparut ensuite dans l'hypochondre, sensible au toucher. Les urines étaient très-purulentes et la santé détériorée.

Le 19 octobre 1872, le docteur Dawson constate l'existence de cette tumeur et diagnostique un calcul rénal Une pinte de pus est extraite par aspiration, et la canule reste à demeure. L'incision est faite, comme précédemment, le 24 octobre. Une grande quantité de pus est extraite par la ponction immédiate du rein, puis l'ouverture est agrandie, le doigt perçoit un rein dégénéré, et un calcul est extrait de la cavité. Son poids était de 20 grains 3/4.

L'écoulement du pus continua en diminuant ; l'urine devint claire, mais l'infection purulente emporta la malade le cinquième jour.

Trois ou quatre autres excisions de reins ont eu lieu par

erreur de diagnostic, et pris surtout pour des kystes ovariques. Tel est le cas du docteur Gilmore (de Mobile) qui excisa le rein gauche sur une négresse de trente-trois ans. Ce rein mobile, coïncidant avec une grossesse de quatre à cinq mois, avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Heureusement la femme se rétablit. (*Amer. Journ. of med. sciences*, janvier.)

On voit que cette grave opération est encore loin de présenter assez de gages de succès pour entrer dans la pratique courante, puisque, de quatre à cinq exemples connus aujourd'hui, celui du professeur Simon (de Berlin) est l'unique succès.

Un autre cas, relaté par M. Callender, n'est pas plus encourageant. C'était sur une femme de quarante ans, très-faible et émaciée lorsqu'elle entra à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres pour une pyélite. Une tumeur volumineuse, élastique, mais non fluctuante, unie, dure, était perçue dans la région lombaire droite. Sa forme était celle d'un rein hypertrophié. On soupçonne une tumeur maligne de cet organe, mais elle augmentait et diminuait alternativement et cette diminution coïncidait avec l'augmentation du pus dans l'urine. Aucun corps dur n'était perçu. On diagnostiqua néanmoins un calcul rénal et son extraction étant la seule chance de salut de la malade, l'opération suivante eut lieu.

Une incision fut pratiquée sur le bord externe du carré des lombes comme pour la colotomie. A l'apparition de la tumeur, un trocart y fut plongé et donna issue à un liquide purulent. L'ouverture fut agrandie et un calcul ovale, comme un œuf de poule, du poids de 70 grammes, fut extrait. L'opérée survécut deux jours et succomba le troisième, sans que l'autopsie ait pu être faite. (*British med. Journal*, juillet.)

NERFS. *Segments inter-annulaires.* Des nouvelles études microscopiques de M. Ranvier, il résulte que le tube nerveux, élément anatomique du nerf, n'est pas composé, comme on l'admettait jusqu'ici d'après les Allemands. Au lieu d'un cylindre-axe ou cylinder-axis uniforme, entouré de la substance grasse dite myéline et revêtu du tube continu appelé périnèvre ou membrane de Schwann, M. Ranvier a démontré que ce tube nerveux n'est qu'une série de cylindres représentant des cellules tubulées d'une longueur et d'une largeur définies. Au lieu d'un long cylindre, sans commencement ni fin, une colonne faite d'un bloc, c'est une colonne à segments ne représentant

pas une tige, mais une série de tubes allongés, cloisonnés, comme ceux de la prèle vulgaire, et séparés par des étranglements.

A l'aide des réactifs, et même à l'état frais, M. Ranvier a constaté que ces étranglements sont distants d'un millimètre. Ils forment une sorte d'anneau ou de disque, traversé par le cylindre d'axe qui ne paraît pas segmenté. Un noyau latéral existe dans le périnèvre au milieu de deux anneaux d'étranglement. La moelle ou myéline est interrompue à leur niveau. L'espace compris entre eux est donc considéré comme une cellule tubulée, circonscrite par le périnèvre, traversée par le cylindre d'axe et contenant la myéline pour protéger celui-ci, que M. Ranvier désigne sous le nom de *segment inter-annulaire.*

Tel est l'objet de la découverte. Ce corps a sa vie propre ; il se nourrit par ses extrémités ; l'anneau qui le surmonte ou le termine en permet l'imbibition, difficilement produite à travers l'enveloppe résistante dite périnèvre, qui en forme les parois latérales.

Si l'on coupe un nerf, des lésions remarquables apparaissent aussitôt dans ce segment. Le noyau est gonflé, l'étranglement de la myéline s'accentue, puis, en se gonflant de plus en plus, ce noyau fait une saillie considérable dans la myéline, il comprime le cylindre d'axe et en détermine même la rupture. L'excito-motricité disparaît alors dans le nerf, et du quatrième au vingtième jour, le cylindre d'axe disparaît complétement.

La régénération commence ensuite par la réunion d'un filament cicatriciel des deux moignons nerveux en même temps. Les segments inter-annulaires reproduisent le cylindre d'axe qui, au lieu d'être unique, est formé de plusieurs filaments nerveux provenant de ces segments. Ils s'unissent en haut et en bas aux cylindres contenus dans le filament cicatriciel intermédiaire. De sorte que les cylindres d'axe ramifiés du bout supérieur s'unissent à ceux du bout inférieur par l'intermédiaire de cylindres d'axe bien moins nombreux contenus dans le filament cicatriciel.

Ce phénomène nouveau rendrait compte de faits cliniques les plus curieux : telle est la guérison de la paraplégie, après de longues années, dans le mal de Pott. C'est ainsi qu'on a trouvé la moelle partagée en deux segments, réunis par un cordon cicatriciel ne dépassant pas la grosseur d'une plume d'oie.

La reproduction de ces cent, de ces mille cylindres d'axe

permettrait d'expliquer, suivant M. Charcot, l'activité de transmission de ce cordon cicatriciel. Reste à montrer si ce phénomène est applicable à la moelle. (*Archiv. de phys.*, 1872, *Soc. de biol.* et *Acad. des sc.*, février.)

Régénération des nerfs du bras. Il s'agit d'une fille de dix-neuf ans, ayant eu toutes les parties molles du bras, à l'exception de la longue portion du biceps, broyées par un engrenage, dans une hauteur de 4 centimètres. En ajoutant de 4 et 5 millimètres pour la partie contuse de chacune des lèvres de la plaie, qui a été éliminée par la suppuration, on a eu une perte de substance de 5 centimètres, comprenant, outre la peau et les muscles, l'artère humérale et tous les nerfs du bras; en six semaines, cicatrisation complète. Paralysie de tous les muscles de l'avant-bras et de la main; abolition de la sensibilité dans toutes les parties situées au-dessous de la plaie. En juin 1868, dix mois après l'accident, cicatrice fortement déprimée, muscles de l'avant-bras atrophiés, paralysie complète des extenseurs, légers mouvements des fléchisseurs des doigts; exagération de la sensibilité à la température, abolition de la sensibilité tactile. Amélioration à partir du printemps de 1869; le 24 septembre 1869, la sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur sont aussi prononcées qu'à droite; les mouvements de flexion et d'extension sont complétement revenus, sauf au petit doigt, où ils sont moins étendus; l'avant-bras a repris de la force et presque son volume; la cicatrice n'est plus que très-légèrement déprimée; on trouve les battements plus faibles qu'à droite; le pouls radial est revenu, mais plus faible aussi. Depuis, M. Notta a revu cette femme: la main et le bras ne présentent plus de différences avec le côté opposé.

On est obligé d'admettre la restauration de la continuité des nerfs, bien que les lois de la physiologie l'excluent dans les cas d'écartement aussi considérables.

L'auteur fait remarquer, toutefois, que l'écartement des lèvres de la plaie a pu être augmenté par la nature de la substance, et que la cicatrisation a pu, en se rétractant, agir énergiquement sur ces lèvres et les rapprocher.

Quoi qu'il en soit, M. Notta croit pouvoir conclure qu'un écartement de 5 centimètres entre les deux bouts d'un nerf ne s'oppose pas fatalement à sa régénération et au retour de l'innervation, alors même que la plaie suppure et ne se cica-

trise que par seconde intention et que, dans ce cas, on ne peut se prononcer définitivement sur le rétablissement des fonctions qui dépendent des nerfs lésés qu'après un laps de temps d'au moins deux années. (*Lyon méd.*)

Trophonévroses. Troubles, lésions ou altérations des divers tissus produits, selon M. Charcot et ses élèves, par un état morbide des centres nerveux ou des cordons nerveux périphériques. Les affections traumatiques et fonctionnelles des nerfs produiraient en particulier diverses maladies de la peau et des muscles. — Voy. DERMATOLOGIE.

Leur caractère distinctif serait surtout ces douleurs fulgurantes causées par la sclérose des cordons postérieurs. Pour étayer cette doctrine, on avait d'abord imaginé un ordre particulier de nerfs, mais l'irritation pathologique d'un nerf sensitif ou moteur à son origine ou dans sa continuité suffit pour la soutenir et l'expliquer, suivant M. Charcot. Mais l'influence restreinte du système nerveux sur la nutrition, contredit cette opinion ainsi que les expériences de M. Vulpian. Malgré les lésions les plus variées des nerfs, section, incision, arrachement, ligature, écrasement, contusion, cautérisation, les muscles animés par ces nerfs ont subi de la même manière leur atrophie et d'autres modifications histologiques et physiologiques. C'est même dans les cas où l'irritation est la moins vive, que les nerfs sont simplement coupés et excisés, que ces modifications sont plus rapides et prononcées. Il y a donc là une contradiction manifeste, sinon sur le fond, du moins sur la cause de ces trophonévroses. (*Gaz. des hôp.*, n° 19.)

M. Onimus en fournit le fait suivant à l'appui : Un ouvrier maçon, en tombant d'un premier étage, a eu le nerf sciatique et le nerf crural contus, et consécutivement une atrophie très-prononcée des muscles de la cuisse et du mollet. Une anesthésie existait en même temps.

La guérison était presque complète, après deux mois de traitement, quand il survint de l'hyperesthésie du côté paralysé de la peau et des muscles, tellement que le malade qui supportait très-bien un courant de 45 à 50 éléments, ne pouvait plus en tolérer un de 25 à 30. Deux petites éruptions herpétiques survinrent alors sur la région externe de la cuisse, et ces deux ordres de symptômes disparurent aussi en même temps. (*Soc. de biol.*, mai.)

Un fait général peut être rapproché de celui-ci : c'est la production d'ecchymoses et de suffusions sanguines dans certains organes internes par la lésion des centres nerveux. M. Brown-Séquard a constaté ainsi la congestion et même l'extravasation sanguine des capsules surrénales, par suite de la lésion de la région dorsale de la moelle. La cautérisation du nerf sciatique détermine des hémorrhagies intestinales. Il a vu, chez le cobaye, des ecchymoses de l'oreille succéder à des lésions traumatiques des corps restiformes, et il a constaté des ecchymoses et même des épanchements sanguins dans le poumon par la lésion du pont de Varole et des parties voisines. Ce sont donc des faits à méditer. (*Arch. of scient. and pract. med.*, n° 2, février.)

Des lésions des nerfs, par M. le professeur Weir Mitchell, traduit de l'anglais par M. Dastre, avec une introduction par M. le professeur Vulpian. 1 vol. in-8°.

Traité des sections nerveuses; physiologie pathologique, indications, procédés opératoires; par M. le docteur E. Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chef des travaux anatomiques et professeur de physiologie à l'École de médecine. Un vol. in-8° de près de 600 pages. Lyon.

Nerfs moteurs de la langue. Une découverte expérimentale, d'une grande portée au point de vue anatomo-physiologique, a été faite récemment par M. le professeur Vulpian, sur les nerfs moteurs de la langue. On admettait jusqu'ici que l'hypoglosse présidait seul aux mouvements de cet organe. A l'exception de Guarini, qui admit en 1842 la nature motrice de la corde du tympan sur la langue, ce fait était nié par tous les physiologistes, car, excitée directement par le pincement et le galvanisme, cette corde ne produit aucun mouvement appréciable de la langue. M. Claude Bernard admettait seul qu'elle avait une action sur l'érection des papilles du goût ; action niée par Schiff et Lussana.

Anatomiquement, et suivant M. Vulpian lui-même, on pensait que la corde du tympan se perd entièrement dans la glande sous-maxillaire, sans fournir de filets nerveux à la langue. De nouvelles expériences décisives viennent de modifier tout cela. Après la section de la corde du tympan chez le chien et le

lapin, M. Vulpian a constaté que le lingual, nerf purement sensitif, et ses filets qui se terminent dans la langue, contenaient des tubes nerveux altérés. Par de nombreuses expériences sur le chien, le chat, le rat et le cochon, dont les résultats ont été communiqués à l'Académie des sciences, au mois de décembre dernier, M. Prévost (de Genève) a confirmé ces dégénérescences périphériques du lingual, en interrompant la continuité de la corde du tympan.

A cette démonstration histologique de la communication de cette corde avec le lingual s'en joint une autre plus démonstrative encore. Elle est toute physiologique, et montre péremptoirement l'action contractile de la corde du tympan sur les mouvements de la langue.

En effet, on coupe, chez un chien, d'un côté, le nerf hypoglosse qui anime la langue, et bientôt le bout périphérique perd sa motricité ; excité, ce nerf ne fait plus contracter les muscles, mais alors le lingual, nerf purement sensitif, acquiert sa propriété motrice. Si l'on en excite le bout périphérique, on obtient des mouvements de projection de l'organe ; tandis qu'il reste complétement insensible du côté opposé où l'hypoglosse est intact. Ce phénomène apparaît quatre jours environ après la section de l'hypoglosse, c'est-à-dire aussitôt que les tubes nerveux commencent à s'altérer, et il devient de plus en plus manifeste les jours suivants.

Ce fait curieux et remarquable de substitution d'un nerf moteur à un nerf sensitif, démontré par MM. Vulpian et Philipeaux, était resté inexpliqué. On pouvait se demander, dit M. Cl. Bernard, s'il y avait transformation d'un nerf de sentiment en nerf de mouvement ; ou si la corde du tympan, qui accompagne le lingual, développe en lui, après la section de l'hypoglosse, une propriété qui serait seulement latente à l'état normal. Dans l'affirmative, c'eût été un appui à la théorie même de M. Vulpian sur la *neurilité*, d'après laquelle la motricité et la sensitivité seraient pour ainsi dire confondues et mises séparément en activité par une excitation des centres nerveux ou des éléments musculaires. Mais l'expérimentation l'a expliqué beaucoup plus rationnellement.

Pour vérifier si cette motricité acquise du lingual ne lui viendrait pas des fibres émanant de la corde du tympan, M. Vulpian a sectionné les deux nerfs hypoglosses, puis la corde du tympan d'un seul côté. Or, tandis que de l'autre côté,

où la continuité de la corde existe, le lingual acquiert la propriété motrice par l'excitation, aucun mouvement n'existe, quinze à vingt jours après que cette continuité a été détruite, du côté opposé ; sectionné à son tour et excité dans son bout périphérique, le lingual ne produit aucun mouvement de la langue. D'où la démonstration que la propriété motrice acquise par le lingual est liée à l intégrité de la corde du tympan.

Une troisième expérience le confirme directement. Excitant les deux cordes du tympan sur d'autres chiens, M. Vulpian a constaté que les muscles de la langue ne se contractaient que du côté où l'hypoglosse était sectionné ; tandis que l'excitation restait nulle du côté où ce nerf était intact. Il est donc péremptoirement établi que la motricité acquise par le lingual dans ces conditions n'appartient pas à ses fibres propres, mais à celles que lui fournit par anastomose la corde du tympan.

De cette importante découverte physiologique résulte aussi, par induction, la démonstration de deux faits anatomiques, jusqu'ici en doute : c'est que la corde du tympan ne se perd pas entièrement dans la glande sous-maxillaire, comme on le croyait, et qu'elle envoie des fibres motrices aux muscles de la langue. La propriété motrice de cette corde que l'on considérait comme purement sensitive, ou tout au plus comme vaso-motrice, est également élucidée. De là les mouvements naturels de la langue par l'excitation directe de ces fibres motrices, sans que le lingual, nerf de sentiment, change ses propriétés. L'explication est toute physiologique.

Reste à savoir pourquoi ces fibres de la corde du tympan, sans action sur les mouvements de la langue à l'état normal, en acquièrent après la section de l'hypoglosse. Est-ce en vertu de cette règle générale que l'excitabilité des nerfs et des muscles augmente après la section des nerfs du sentiment et du mouvement ? se demande M. Cl. Bernard. L'excitabilité du sciatique s'accroît, après sa section, au point qu'un courant faible, qui ne produisait rien auparavant, développe ensuite une forte excitation. Chez un animal, empoisonné avec le curare, le nerf coupé est plus vite empoisonné que le nerf sain. La sensibilité des téguments des nerfs de la main, démontrée par MM. Arloing et L. Tripier, vient aussi à l'appui de cette opinion. Mais c'est encore là un point à élucider.

Die Verbreitung des nervus glosso-pharyngeus im Schlund-

kopfe und in der Zunge (Distribution du nerf glosso-pharyngien dans le pharynx et la langue), par le docteur Otto Jacob, in-4° de 48 pages, Munich. Exposé de nouvelles recherches anatomo-microscopiques justifiant et expliquant les observations des physiologistes sur les mouvements et les impressions gustatives de la langue; la structure musculaire de celle-ci étant animée par l'hypoglosse et le glosso-pharyngien présidant surtout au goût.

Nerfs du péritoine. Par de nouvelles recherches sur le péritoine de l'homme et des mammifères, sur l'épiploon de préférence au mésentère, à l'aide du chlorure d'or et de l'hémotoxiline, M. Jullien, interne des hôpitaux de Lyon, a confirmé, en les précisant, les indications de Cyon et de Klein sur ce sujet. Il a ainsi démontré que le péritoine possède un réseau nerveux très-riche, contrairement à ce qui était encore enseigné il y a peu d'années; que ce réseau est principalement formé de fibres amyéliques, ayant une marche indépendante ou satellite des vaisseaux. Après des dichotomies nombreuses, ces nerfs, qui présentent fréquemment au niveau de leur point de bifurcation des renflements ganglionnaires, se terminent par des boutons de forme allongée. Une ou plusieurs fibrilles extrêmement ténues en émergent, et se terminent elles-mêmes par un point brillant, de même que pour les nerfs de la muqueuse des sinus frontaux, comme l'a montré le professeur Inzani (de Parme).

Cette terminaison entrevue par Cyon, contredit donc les expériences de Klein qui la met en doute, et suivant lequel ce réseau nerveux serait fermé. (*Soc. de méd. de Lyon*, août, et *Lyon méd.*, n° 23, 1872.)

NÉVRALGIES. *Importance du point apophysaire*. Ce point douloureux est distinct du point dorsal coïncidant avec la névralgie intercostale et siégeant dans la gouttière vertébrale. Celui-ci a lieu sur les apophyses épineuses et se rencontre surtout dans les névralgies anciennes et rebelles. Il est d'autant plus utile d'en rechercher l'existence, d'après M. Armaingaud, que, étant constaté, les applications révulsives comme sangsues, vésicatoires, pommade stibiée, etc., faites sur ce point douloureux, amènent plus sûrement la guérison, que faites sur les autres points douloureux, et guérissent ainsi des névralgies

rebelles aux autres modes de traitement. (*Brochure in-8°. Paris.*)

Collodion anesthésique. Dans les névralgies superficielles, on étend de 5 à 6 couches du mélange suivant :

℞	Hydrure d'amyle.	30 grammes.
	Collodion.	30 —
	Aconitine.	5 centigrammes.
	Véralrine.	30 —

(*Practitionner.*)

Névralgies de la face. *Zone épileptogène.* Ayant constaté une sensibilité anormale de la peau au voisinage de l'aile du nez et vers la partie médiane de la lèvre supérieure, qu'il suffisait de toucher pour provoquer des crises douloureuses, M. le docteur Abadie la dénomme ainsi à l'exemple de M. Brown-Séquard. Et de ce qu'en coupant le nerf sous-orbitaire, il a rendu cette zone insensible et fait cesser les accès névralgiques, il en conclut qu'il y a deux sortes de névralgie de la face qu'il convient de distinguer pour l'emploi des résections nerveuses. L'existence de la zone épileptogène indiquerait des névralgies superficielles, susceptibles de guérir par la division du nerf. Quand cette zone n'existe pas, la névralgie affectant les nerfs profonds, il n'y a pas lieu d'en tenter la division. C'est à l'expérience de juger de cette théorie basée sur une seule observation. (*Gaz. des hôp.*)

Tabac antinévralgique. Comme une variété de la méthode endermique, le docteur Scriffignano donne à priser la poudre suivante contre les névralgies de la face :

℞	Citrate de quinine.	50 centigrammes.
	Tabac très-fermenté	1 gramme.

Mêlez.

A inspirer fortement par petites prises dans l'intervalle des accès et pendant trois jours consécutifs. (*Osservatore med.*, 1872.)

NÉVRITE. Névrite optique saturnine. De même que le mercurialisme, l'alcoolisme, la syphilis et autres dyscrasies

peuvent produire cette altération, dont M. Hutchinson a publié cinq cas, l'empoisonnement par le plomb la détermine également.

Un peintre de quarante-quatre ans, ayant eu des coliques saturnines, lors de son apprentissage, présentait à l'ophthalmoscope une rougeur intense du disque optique, bien que celui-ci fût très-peu troublé; les veines et les artères avaient un calibre identique, toutes également sinueuses et à peine distinctes les unes des autres.

Le docteur Schneller, qui a recueilli cette observation, se demande si tels ne seraient pas les caractères spéciaux de la névrite optique saturnine. Les désordres fonctionnels correspondaient aux lésions de la papille. Sous l'influence d'un traitement approprié, la vue s'améliora sensiblement. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1872.)

NÉVROMES. Névrome myélinique. Chez un garçon de dix ans, scrofuleux, tombé quatre ans auparavant sur un fond de bouteille cassée, qui lui fit une plaie linéaire transversale sur la partie antérieure et moyenne du poignet, M. le docteur Duplay constata une tumeur, comme une grosse olive, au niveau du ligament annulaire de la main gauche. Elle roule facilement sous la peau à laquelle elle adhère légèrement au niveau de la cicatrice. Inégale, elle a la mollesse du lipome, sans noyaux durs; aucun mouvement de la main ni des doigts ne la déplace; la cicatrice de la peau est d'un blanc légèrement violacé.

Cette tumeur a toujours été indolente, et est à peine sensible à la pression. On pouvait donc songer à un fibro-lipome ou à un lipome caverneux. L'ayant excisée, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Duplay la trouva composée, à l'examen microscopique, de tous les caractères des tubes nerveux décrits récemment par M. Ranvier (voy. Nerfs). Une couche de myéline, colorée en jaune, se dessinait très nettement autour du cylindre d'axe. De là le nom qu'il lui assigne.

L'absence de douleurs est attribuée, dans ce fait, à ce que les *nervi nervorum* n'étaient pas encore régénérés; l'auteur admettant que c'est par leur compression du nerf que la douleur est produite. Ce cas rare a donc un double enseignement au point de vue clinique et anatomo-pathologique. (*Arch. de méd.*, novembre.)

Un névrome du norf médian, situé à la paume de la main gauche et observé par M. Bachon, médecin-major, lui a offert les mêmes caractères après l'excision. Le microscope révéla que c'était un névrome du nerf médian, et cependant il n'avait jamais déterminé de douleur, même à la ponction aspiratrice. La compression seule était douloureuse. Des douleurs permanentes peu prononcées existaient au-dessus du coude, et la peau de la surface interne de la main était baignée de sueur. Ces caractères étaient donc peu distinctifs pour établir le diagnostic, on pouvait croire à un fibrome, et c'est à établir ce diagnostic différentiel que l'auteur a consacré un trop long article, en raison des connaissances de ceux auxquels il s'adresse. (*Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*, janvier-février.)

NÉVROSES. Névroses syphilitiques. Elles sont plus fréquentes que l'on ne croit, d'après le docteur Althaus. Sur cent paralysés, admis dans ses salles de l'Infirmerie pour les épileptiques et les paralysés, vingt-quatre étaient syphilitiques. La paralysie est la plus fréquente, puis l'hémiplégie et la paraplégie. La paralysie locale des plexus spinaux est plus rare. Quant aux troubles intellectuels et surtout l'affaiblissement de la mémoire, ils sont des plus fréquents et dans la proportion de 60 pour 100.

Ces données peuvent ainsi servir au diagnostic différentiel de cette variété de névrose. Selon les observations du docteur Gull, on reconnaît ces malades à une odeur particulière.

Névroses articulaires. Esmarch désigne, sous ce nom, des maladies articulaires qui simulent les maladies inflammatoires, tout en en étant absolument distinctes. Benjamin Brodie disait avoir trouvé dans sa pratique cinq de ces faits, auxquels il donnait le nom d'arthrite hystérique. Esmarch préfère la dénomination de névrose articulaire ; car, si cette affection se rencontre de préférence chez les jeunes filles nerveuses et délicates, elle existe aussi chez des paysannes et des hommes en dehors de tout état hystérique.

Le début peut être instantané, à la suite d'une frayeur ou d'un traumatisme insignifiant ; quelquefois, au contraire, la marche est lente ; fort souvent, le mal est entretenu et prolongé par l'incertitude du diagnostic et de la médication et par les craintes exagérées des parents. Les affections des voies uri-

naires sont quelquefois la cause occasionnelle des névroses articulaires.

Un des principaux symptômes est la douleur qui s'exaspère plus par des attouchements légers que par des pressions fortes.

La tuméfaction est rare, et, quand elle existe, résulte plutôt des agents employés à l'extérieur (vésicatoires, caustiques, etc.) que de la maladie elle-même. Il existe parfois de singulières alternatives de température, la région étant tantôt froide, tantôt brûlante.

Graves désordres fonctionnels, sensation de faiblesse et d'impuissance, fixité habituelle de l'articulation cédant à l'anesthésie.

Toutes les articulations peuvent être le siége de ces névroses, mais la hanche et le genou y sont particulièrement exposés. Les névroses de la colonne vertébrale, sont compliquées parfois de déviation (scoliose hystérique). Sa durée est très-variable, la terminaison quelquefois lente, quelquefois brusque, et, dans ce dernier cas, sous l'influence d'émotions morales, comme cette jeune fille qui fut guérie le soir de son premier bal ; cette autre à la suite d'une chute.

Le repos et le séjour au lit sont plus nuisibles qu'utiles ; l'exercice des membres est bien préférable. Il faut s'abstenir du chloroforme et de l'opium, auxquels les malades s'habituent et ne cessent d'avoir recours.

Le massage, et mieux encore les douches froides et les bains de mer constituent le meilleur traitement. (*Il Morgagni*, 1872.)

NOEVI MATERNI. *Huile de croton tiglium.* La vaccine ne réussissant qu'une première fois, qu'elle soit faite avec l'épingle ou la lancette, et le perchlorure de fer ou les différents caustiques préconisés n'étant pas d'un emploi facile ni d'un succès assuré, M. le docteur de Smeth a eu recours avec succès à un moyen nouveau, dans un cas où les précédents avaient échoué. Il s'agissait d'une enfant de cinq ans, présentant une tache sanguine de l'étendue d'une pièce de 50 centimes sous la paupière inférieure droite, dont le centre est un peu saillant. Voici le procédé employé :

Après avoir enfoncé une quinzaine d'aiguilles dans un bouchon de liége, dont les pointes faisaient une saillie d'environ 2 millimètres et disposées de manière à représenter la surface de la tache, il trempa le bouchon ainsi armé dans l'huile de croton et l'appliquant exactement sur la tache, il enfonça

brusquement les pointes des aiguilles dans la peau. Une douleur momentanée en résulta avec cuisson consécutive, un peu de ouate recouvrit le tout.

Du gonflement, de la vésication sans douleur en résulta, puis une croûte se forma avec de petites vésicules autour. Des vaisseaux étaient disparus, d'autres étaient remplis de caillots. Une onction d'huile de croton répétée deux fois acheva la disparition complète de cette tache sanguine en huit jours, sans cicatrice apparente.

Cette médication convient donc spécialement aux nœvi superficiels de la face, surtout chez les enfants par le peu de douleur qui en résulte. (*Presse méd. belge*, n° 48.)

NOURRICES. *Effets de leur alcoolisme sur le nourrisson.* — Voy. Alcoolisme.

O

OBSTÉTRIQUE. *Leçons de clinique obstétricale*, professées à l'hôpital des Cliniques, par M. Depaul, officier de la Légion d'honneur, et rédigées par le docteur de Soyre, chef de clinique; 1er fascicule de 304 pages in-8°, comprenant l'exploration par le toucher, le ballottement, le palper, l'auscultation, la grossesse dans ses différentes formes et l'éclampsie. La suite sera traitée dans des fascicules subséquents.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par Robert Barnes, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à l'hôpital Saint-Thomas, examinateur à l'Université de Londres, traduites sur la seconde édition par le docteur A. E. Cordes, avec une préface de M. le professeur Pajot. Paris, un beau vol. in-8° de 498 pages et 113 figures intercalées dans le texte. Résumé des leçons faites par l'auteur en 1866 et 1867 sur différents points principaux et pratiques de l'obstétrique, notamment les instruments et leur mode d'action, le forceps, en particulier, l'accouchement prématuré artificiel, la craniotomie. L'absence dans la littérature obstétricale française d'un ouvrage de ce genre, sauf celui tout récent du professeur Depaul, le fera hautement apprécier pour ses qualités d'exposition et de pratique.

ODONTALGIE. *Courants continus.* D'après huit observations qu'il rapporte, M. le docteur Bouchaud résume ainsi en quelques mots l'emploi de ce moyen nouveau et ses effets. Si l'on prend, dit-il, un courant électrique continu ou constant de dix éléments en moyenne et qu'on applique le pôle positif sur la joue, au niveau de la dent malade et le pôle négatif sur la région antéro-latérale du cou, du même côté, on procure à peu près constamment et en quelques minutes, un soulagement presque absolu, lequel persiste indéfiniment dans la majorité des cas (*Bull. de thér.*, juillet). La simplicité de ce moyen et sa facilité d'emploi permettent de vérifier l'exactitude de ces conclusions si précises.

OEDÈME. *Œdème aigu du poumon à la suite de la thoracentèse.* — Voy. THORACENTÈSE.

ONGLE INCARNÉ. Après toutes les innovations, les modifications, faites au traitement chirurgical de l'ongle incarné, en voici encore une nouvelle. Au lieu d'arracher l'ongle, M. le docteur Cotting le conserve et n'en résèque que la partie altérée. Son procédé consiste à exciser, d'un seul coup de bistouri, les parties malades, comprenant même un large lambeau des parties saines, en pénétrant profondément dans la matrice de l'ongle. Il en résulte ainsi parfois une plaie longue d'un pouce sur trois quarts de large. Aucune partie de l'ongle n'est réséquée, à moins qu'il n'en faille exciser une partie pour enlever toutes les végétations. Le résultat est le même, peut-être meilleur.

La douleur résultant de cette excision, quoique fort courte, exige l'éthérisation, et ce n'est pas là ce qui fera vulgariser ce procédé.

Un simple pansement à plat suffit à amener rapidement la cicatrisation. Des exemples de succès en témoignent. (*Boston med. and surg. Journal*, janvier.)

Faut-il considérer comme une nouveauté cette modification du procédé vulgairement appelé *en copeau*, inauguré par Baudens, il y a plus de trente ans, suivi par M. Bonnafont, employé par Gerdy, M. Maisonneuve, et consistant à enlever les parties malades d'un seul coup de bistouri, en raclant pour ainsi dire la phalangette ? Abandonné à cause de la lenteur de la cicatrisation consécutive, ce procédé ne mérite guère d'être

renouvelé, surtout depuis que l'emploi topique du nitrate de plomb en poudre, en détruisant les végétations, guérit aussi sûrement. Mieux vaut encore conserver que détruire.

OPÉRATION CÉSARIENNE. *Hémorrhagie consécutive.* M. le docteur Fourrier (de Compiègne) a eu à réprimer cette complication très-rare et très-grave dans un cas favorable pour la mère et pour l'enfant. Cazeaux, Depaul paraissent ne l'avoir jamais observée. La suture des lèvres de l'utérus réussit à la tarir. Elle fut employée de préférence au perchlorure de fer ayant donné un succès à M. le docteur Caussé dans un cas semblable. Cet hémostatique, en produisant des caillots, peut, en effet, amener des accidents consécutifs qui paraissent rendre la suture plus certaine. (*Bull. de thérap.*, février).

Elle a été pratiquée avec succès, après la mort, dans un cas d'éclampsie urémique. — Voy. *ce mot.*

Suture élastique. Un succès pour la mère et l'enfant, obtenu par le docteur Grandesso Silvestri (de Vicence), est rapporté par lui à l'emploi de la suture des lèvres de l'incision utérine avec un fil élastique. Par cette propriété, ce fil suit la rétraction de l'utérus et empêche les liquides de s'épancher dans le péritoine. Le fait est que l'accouchée, primipare très-rachitique, n'eut aucun des accidents ordinaires de cette grave opération, et qu'elle se levait moins d'un mois après. (*L'Osservatore*, n° 46.)

OPHTHALMOLOGIE. *Anesthésie avec le bichlorure de méthylène.* Expérimenté sur plus de cent quatre-vingts malades de l'hôpital ophthalmique de Londres, par le docteur Morgan, cet agent s'est montré constamment d'une action plus rapide que le chloroforme, en deux minutes le malade est anesthésié, et en trois, il est revenu à l'état normal. Il provoque sans doute des vomissements, mais toujours moins obstinés et moins violents que ceux du chloroforme.

Ophthalmoscope à réfraction. Derrière le miroir de cet instrument, construit sur les indications de M. de Wecker, est placée une série de vingt quatre verres sphériques, convexes et concaves, enchâssés dans une roue mise en mouvement par une crémaillère, permettant ainsi la succession instantanée d'une série de verres sans déposer l'instrument. Il

sert ainsi à déterminer exactement l'état dioptrique de l'œil par la comparaison rapide des images. (*Acad. de méd.*, juin.)

Application des pommades ophthalmiques. La difficulté et les ennuis d'appliquer ces collyres gras entre les paupières et leur mauvaise conservation ont fait imaginer un appareil tout simple à cet effet. C'est un cylindre tubulaire en étain très-flexible, analogue à celui que les peintres emploient pour renfermer leurs couleurs. Les parois en sont minces et compressibles, et se terminent par une canule mousse comme une petite seringue, donnant issue à la pommade quand on les comprime. On y introduit la pommade par l'extrémité opposée jusqu'aux deux tiers en aplatissant l'autre, et en le roulant ou le repliant sur lui-même avec une pince pour le fermer hermétiquement. Une virole de métal blanc ferme la canule.

La pommade est ainsi à l'abri de toute altération. Il suffit d'écarter les paupières, de placer la canule en dedans et de presser sur le tube pour que la quantité de pommade nécessaire y soit déposée et emprisonnée entre les paupières. Rien de plus simple ni de plus pratique. (*Ann. d'oculistique*, mars.)

C'est ce que MM. Paillasson et Simon avaient réalisé dès 1868 pour la conservation des pommades en adaptant à ces tubes effilés une vis servant à en pousser le contenu où l'on voulait les appliquer, comme l'urèthre, par exemple Ce n'est donc pas une idée nouvelle, l'exécution est seulement différente. (*Soc. de thér.*, mars.)

Enseignement. L'enseignement de l'ophthalmologie devient officiel dans le nouvel empire d'Allemagne. Par décret impérial, les professeurs extraordinaires, Jacobson à Kœnigsberg, Forster à Breslau, de Graefe à Halle, Woelchers à Kiel, Schmidt à Marbourg et Saemish à Bonn ont été promus titulaires ordinaires des chaires qu'ils remplissaient.

Un Institut ophthalmique, dit *Asile Amédée*, a été fondé à Madrid, sous la protection de ce roi honnête, pour le traitement gratuit des maladies des yeux et l'enseignement libre de l'ophthalmologie. M. Delgado-Yugo en est le directeur avec deux médecins adjoints et trois aides. Toutes les fonctions y sont gratuites. L'accès de la chaire en est ouvert aux ophthalmologistes nationaux et étrangers qui voudraient y donner une ou plusieurs leçons.

Greffes conjonctivales. — Voy. Greffes.

Précis des maladies intra-oculaires et méthode nouvelle pour les reconnaître sans le secours d'aucun instrument, par E. Grand-Clément, brochure de 50 pages in-8°. Paris et Lyon.

La distinction se borne aux maladies organiques et fonctionnelles. Un brouillard constant, permanent, existe dans le premier cas ; il est passager, graduel, éloigné, dans le second. A l'aide du même moyen, on distingue la myopie (pupille dilatée), du spasme du muscle ciliaire (pupille resserrée et immobile), la presbytie de la paralysie de ce muscle avec les signes contraires, mais là se bornent les promesses du titre.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur E. Meyer, un vol. in-12 de 736 pages avec 237 figures intercalées dans le texte. Paris. Ouvrage en forme de *Manuel* succinct, clair, précis, simple et correct.

Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, le blépharospasme, etc., professées par F. Panas, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie, rédigées et publiées par Lorey, interne des hôpitaux. Dix figures dans le texte. Vol. de 252 pages.

OREILLE. On ne recourt pas assez souvent à l'examen de l'oreille, selon le professeur Politzer, au point de vue médico-légal, bien que cela ait une importance majeure dans le cas de coup reçu sur l'oreille, surtout avec la main ouverte. La soudaine compression de la colonne d'air contenue dans le méat peut déterminer la rupture du tympan, comme il l'a observé dans plusieurs cas. — Voy. Tympan.

Corps étrangers. *Haricots.* Si les injections sont le meilleur moyen pour les corps durs, il n'en saurait être ainsi pour les végétaux que l'humidité fait gonfler, comme les haricots. Dans deux cas de ce genre, M. A. Després a employé avec succès le crochet fin de la pince articulée. Il suffit d'en piquer l'extrémité visible pour que le péricarpe faisant obstacle, l'instrument amène le corps étranger. Il n'y a ainsi ni douleur ni contusion à redouter pour le patient.

On peut l'improviser avec l'extrémité recourbée d'une épin-

gle qui, bien saisie par une pince à artère, suffit à remplacer ce crochet.

C'est ainsi que le docteur Bozeront a pu retirer un grain de maïs de l'oreille d'un enfant que la pince ni les injections n'avaient pu faire sortir. L'introduction de ce crochet, faite de côté, ne fut ni longue ni douloureuse. L'obstacle dépassé, on fait basculer le petit instrument et l'on tire. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, juin-juillet.)

Le docteur Cruber, s'appuyant sur une série d'expériences sur les fruits à gousse, que les enfants s'introduisent si souvent dans les oreilles, a démontré que de tous les astringents, le sulfate de zinc en solution en produit le resserrement, une diminution de volume. Il conseille la solution suivante :

℞ Sulfate de zinc.	30 centigr.	pour	30 gr. d'eau.
Eau de chaux diluée	10 —		30 —

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par le docteur J. P. Bonnafont. Deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 700 pages, avec 43 figures intercalées dans le texte. Paris.

Des spécialistes tels que Sichel, Ricord, Civiale, Biett, Alibert ont valu, il y a trente ans, à l'École de Paris, un éclat, une célébrité, rehaussée par les noms de Chomel, Andral, Louis, Bouillaud, Velpeau, qui y faisaient affluer les étrangers. Le délaissement des spécialités et, il faut bien le dire, des découvertes dans ces spécialités, a fait abandonner aujourd'hui en grande partie cette École. L'auteur de cet ouvrage, M. Bonnafont, a persisté, depuis 1830, dans cette voie si féconde de la spécialité, et a pu enrichir ainsi l'otoscopie de diverses méthodes de traitement et d'instruments. De là le succès de l'ouvrage qui contient tous ses travaux. La part contributive qui lui appartient dans cette nouvelle édition comprend : la myringite aiguë, la myringite chronique et les symptômes subjectifs qu'elle provoque et qui simulent ceux de la méningite ; l'otite labyrinthique ; le bourdonnement ; les nouveaux appareils pour aspirer ou pour injecter, par la trompe d'Eustache, des liquides médicamenteux dans la caisse ; les nouveaux appareils pour pratiquer la perforation de la membrane du tympan et fixer en même temps une canule dans l'ouverture ; les applications de l'électricité au traitement des maladies de l'oreille. Elle est complétée par deux chapitres nouveaux : l'un relatif à l'hy-

giène des oreilles, où sont indiqués sommairement le régime à suivre et les précautions à prendre pour préserver ces organe contre les influences extérieures : l'autre qui traite de la méde cine légale appliqué aux sourds-muets.

OREILLONS. — Voy. Parotidite.

OS. *Allongement physiologique.* Observé durant le traitement de certaines fractures, par le fait même de l'irritation des fragments (voy. *années* 1869 et 1872), ce fait a servi à M. Ollier pour montrer expérimentalement que les dilacérations, incisions, excisions, cautérisations du périoste, sont toujours suivies, chez les jeunes animaux, d'un allongement de l'os. Il n'est nullement nécessaire, pour cela, d'amener la suppuration ; les irritations subaiguës, mais prolongées, sont les plus efficaces et les moins dangereuses. L'accroissement obtenu, proportionnel à la persistance de l'irritation, peut aller jusqu'au dixième de la longueur totale de l'os. L'allongement s'opère par une activité plus grande dans la prolifération des cellules du cartilage de conjugaison. La destruction partielle ou totale de ce cartilage, par excision ou broiements répétés, arrête complétement ou en partie l'allongement par l'extrémité osseuse ainsi traitée. Si l'on enlève le cartilage, en le découpant en une rondelle comprenant toute l'épaisseur de l'os, l'arrêt d'accroissement est absolu. Des effets de cet ordre peuvent facilement être obtenus sur le cubitus et le radius de l'homme, et peuvent, par suite, servir à obtenir la guérison de certaines difformités provenant d'une mauvaise position de la main.

Si le radius, par exemple, est ralenti ou arrêté dans son accroissement par une ostéite épiphysaire avec altération de son cartilage de conjugaison inférieur, le cubitus, continuant à s'accroître selon les lois de son développement normal, dépassera le radius en bas. Il déjettera alors la main sur le bord radial du membre et il en résultera une déviation très-choquante au point de vue de la forme, et très gênante au point de vue fonctionnel. Si alors on arrête l'accroissement du cubitus, par la destruction de son cartilage de conjugaison inférieur, on fait cesser la déviation de la main, qui reprend peu à peu sa position normale à mesure que le radius s'accroît.

Que l'on suppose, d'autre part, une ostéite de la partie moyenne de la diaphyse du radius, avec hypertrophie con-

sidérable de cet os. Le cubitus resté sain et n'ayant pas été influencé par l'inflammation de voisinage ne peut suivre le radius dans son allongement, et, tout en croissant régulièrement, se trouve bientôt notablement plus court. Il en résulte une déviation de la main qui s'incline de plus en-plus vers le bord cubital de l'avant-bras. Pour remédier à cette déviation de la main, il y a un moyen efficace, c'est d'activer l'accroissement du cubitus. Or la position superficielle de la diaphyse de cet os permettra d'agir sur son périoste, soit par des irritations sous-cutanées, soit par des cautérisations, de manière à entretenir à son niveau une irritation dont le résultat sera une hypertrophie de l'os en longueur.

On aura donc, pour rétablir l'harmonie entre deux os parallèles, tantôt à activer l'accroissement de l'os en retard, tantôt à ralentir ou à arrêter l'accroissement de l'os en excès. (*Acad. des sc.*, mars.) — Voy. Phosphore.

OSTÉITE. *Absorption sans suppuration.* Une dame de cinquante-neuf ans présenta au docteur Paddock, une partie très-douloureuse, surtout au toucher, de la surface antérieure du fémur, à 4 pouces au-dessous du ligament de Poupart. Une douleur déchirante partait de là en toutes directions sans gonflement, ni rougeur, ni chaleur. Pas de raccourcissement. La malade ne pouvait marcher sans bâtons, ni mouvoir le membre en aucun sens. Malaise général que l'on pouvait attribuer à cette douleur extrême. Aucun traumatisme direct n'était signalé. Étant obligée de garder le lit, sa santé s'altéra et, en se remuant un jour, le fémur se fractura et la malade succomba dix mois environ après le début des accidents.

A l'autopsie, émaciation extrême ; rein très-volumineux, blanc, contenant plusieurs abcès, l'autre très-petit, avec un point purulent ; lésions qui ne s'étaient traduites, pendant la vie, que par des mictions très-fréquentes, une urine phosphatique, ayant 1,025 de gravité spécifique, sans albumine. Tous les autres viscères étaient sains.

Le fémur découvert montra les tissus adjacents sains, sans le moindre épanchement ni traces d'inflammation autour des fragments. Le corps du fémur avait disparu entièrement dans une étendue de deux pouces, sans qu'il restât rien entre les deux fragments, sinon quelques tractus du périoste et une substance fibreuse molle contenant quelques débris d'os mort.

L'extrémité des fragments était arrondie, abrupte et dentelée, sans périoste dans une étendue de 3/8 de pouce. La section de ces extrémités montra l'os sain, avec une légère congestion du canal médullaire, mais sans une goutte de pus au microscope. (*Am. Journ. of med. sciences*, juillet.)

Ce cas curieux n'est pas unique, dit M. Holmes. Malgaigne rapporte un cas d'ostéite raréfiante dans son *Traité des fractures;* Norris en rapporte un second et M. Hawkins un troisième in *Med. chir. Transact.*, vol. XXXIX. Mais, dans tous, c'était à la suite de traumatismes répétés. (*Lond. med. Record*, novembre.) Sous le rapport étiologique, celui-ci est donc unique.

OSTÉOGÉNIE. *Action de la moelle.* Au fait décisif, rapporté par M. Demarquay en sa faveur (voy. *année* 1872), M. Spillmann en ajoute un second très-analogue observé au Val-de-Grâce. Il s'agit aussi d'un jeune soldat ayant eu le fémur fracturé au tiers inférieur par une balle le 2 décembre 1872. Amputé, il guérit bientôt, mais le fémur ne tarda pas à se gonfler et à faire saillie; des abcès se formèrent dans toute la longueur du moignon et l'on constate bientôt un séquestre circulaire mobile qui paraît remonter très-haut. Le 8 mars 1870, le docteur Bals retira de l'intérieur de ce séquestre un fragment parfaitement cylindrique, mou à sa périphérie et dur à son centre et, le 29 du même mois, le séquestre, comprenant toute la circonférence du fémur et mesurant 21 centimètres de long, fut extrait. Dès lors tous les accidents disparurent, et, le 21 juin, l'opéré apportait lui-même, au Val-de-Grâce, les pièces de conviction. (*Gaz. hebd.*, n° 50, 1872.)

Mieux que dans l'exemple de M. Demarquay, la démonstration de ce fait remarquable a pu se faire sur le vivant et prouver ainsi l'action ostéogène de la moelle osseuse.

Tandis que des lambeaux de périoste adhérents par un pédicule s'ossifient d'une manière définitive, M. Philipeaux a montré, par des expériences sur les lapins, que ces mêmes lambeaux, complétement détachés et insérés dans le tissu cellulaire, après s'être ossifiés, se résorbent graduellement au point de disparaître. M. Ranvier avait déjà obtenu des résultats analogues ainsi que M. Goujon. (*Soc. de biol.*, novembre 1872.)

OTITE. *Incision sur l'apophyse mastoïde.* Un homme de cinquante ans, ayant depuis longtemps un écoulement de

l'oreille gauche, fut pris brusquement de douleurs très-vives dans l'oreille et tout le côté de la tête avec gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde, fièvre intense et douleurs très-vives. Surdité absolue au point qu'à l'Hôtel-Dieu il n'entendait pas les cloches de Notre-Dame.

Diagnostiquant une inflammation propagée aux cellules mastoïdiennes plutôt qu'un phlegmon sous-périostique du temporal, M. Terrier, après l'insuccès des antiphlogistiques et des narcotiques pour calmer la douleur, pratiqua, quoique sans apparence de suppuration, une incision de 5 à 6 centimètres d'étendue et allant jusqu'au périoste, sur l'apophyse mastoïde, selon le conseil de Wilde et s'en trouva on ne peut mieux. Il s'écoula une grande quantité de sang et l'inflammation tomba avec une rapidité merveilleuse; dès le lendemain, l'opéré ne souffrait presque plus, sans qu'il s'écoulât une seule goutte de pus.

Un examen au spéculum fit constater une destruction complète du tympan et une otite suppurée de la caisse. Des injections aluminées et des cautérisations iodées rétablirent l'ouïe. Et lorsque, après un mois de suppuration de l'incision mastoïdienne sans que l'os se dénudât, le malade sortit de l'hôpital, il entendait la montre à 15 centimètres et n'avait plus qu'un léger écoulement séreux par l'oreille. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, octobre.)

Cet exemple pourra guider heureusement les praticiens dans les cas si embarrassants d'inflammation de l'apophyse mastoïde où il faut debrider largement.

OVARIOTOMIE. *Modifications opératoires*. La proportion des décès paraît encore trop élevée, suivant M. Marion Sims, et il propose, pour la réduire, de ponctionner le kyste dans le cul-de-sac du vagin derrière le col utérin; de passer un tube communiquant dans le péritoine afin de prévenir tout épanchement dans cette cavité. Ce serait la dernière partie de l'opération et un moyen de prévenir la septicémie qui, sans danger aucun, peut ainsi empêcher la mort. Si aucun écoulement n'a lieu, ce tube peut être retiré par le vagin quelques jours après.

Il donne la préférence à la suture métallique du pédicule à l'emploi du clamp qui lui paraît avoir passé ses meilleurs jours. (*New-York med. Journ.*)

Énucléation du pédicule. Cette méthode se répand aux États-

Unis et en Angleterre où elle est pratiquée avec succès par des ovariotomistes en renom, mais sans préciser les cas où elle est praticable et sans autres détails que ceux donnés par son inventeur pour la pratiquer (voy. *année* 1872). Un nouveau cas en est relaté par M. Logan. (*Am. Journ. of med. sciences*, juillet.)

Le docteur Burnham a aussi exécuté sa 199e ovariotomie par ce procédé, en faisant une petite ouverture à la paroi péritonéale au niveau du pédicule ; puis, les séparant l'une de l'autre avec le manche du scalpel, dans une certaine étendue, jusqu'à pouvoir les serrer dans chaque main, il compléta l'énucléation du kyste et l'extirpa ainsi en entier de l'abdomen sans aucune hémorrhagie, ni complication. (*Boston med. and surg. Journal*, juillet.)

Ne semble-t-il pas que rien ne soit plus simple et plus facile que cette énucléation ? Et cependant Spencer Wells, Kœberlé, Péan, n'y ont pas recours.

Effet des ligatures perdues. Sur trois cas d'ovariotomie pratiqués en ville et relatés en détail par M. le docteur Cheever (de Boston), il y a deux guérisons. Cette proportion, à peine normale aujourd'hui, n'a donc rien d'intéressant, mais un enseignement pratique résulte de la première de ces observations. Le pédicule était large et court et, en raison de l'épaisseur du tissu adipeux, le clamp ne put être appliqué. Les vaisseaux du pédicule furent donc liés séparément, suivant la pratique usitée en Amérique, au moyen de dix ligatures en soie qui, coupées court, rentrèrent avec lui dans l'abdomen. Le quinzième jour, un abcès surgit dans la plaie, et, dans la sixième semaine, un autre se fit jour dans le rectum et coula pendant plusieurs jours sous forme de dysenterie purulente. Un troisième abcès s'ouvrit dans la plaie, durant la neuvième semaine, et un écoulement fistuleux persistait encore quatre mois après, quoique l'opérée fut considérée comme guérie.

Ces abcès sont problablement dus aux fils introduits dans l'abdomen, car, dans la pratique de M. Spencer Wells, des abcès semblables ont suivi, dans quelques cas, la rentrée du pédicule et des ligatures perdues dans le péritoine. Dans la pratique du docteur Keith, des abcès du bassin suivis d'une fistule intestinale s'ensuivirent, et M. Bryant eut un cas, en 1867, où ces ligatures perdues furent rendues quelques mois après par un anus artificiel qui guérit heureusement.

C'est donc là un effet accidentel des ligatures perdues. Aussi l'emploi du clamp est-il préféré par M. Spencer Wells. Si plusieurs opérées, dit-il, guérissent aussi bien avec le traitement intra-péritonéal, il en est qui, tôt ou tard, souffrent de suppuration chronique, d'hématocèle ou de fistule fécale, ou bien qui, sans siége défini du mal, sont plusieurs mois avant de se rétablir complétement.

Le curieux phénomène physiologique de la menstruation par le moignon du pédicule, qui survient au moins dans le tiers des cas, à la suite du traitement extra-péritonéal, est une preuve en sa faveur, suivant le savant ovariotomiste, car, dit-il, si le sang qui s'échappe ainsi au dehors avant l'occlusion complète des trompes de Fallope, à la suite de l'emploi du clamp, s'épanchait dans la cavité péritonéale, le résultat serait fatalement un hématocèle. C'est ainsi qu'il se montre après l'emploi des ligatures perdues. (*Boston med. and surg. Journ.*, mai.)

Suivant le même chirurgien, qui a suivi la clinique de M. Spencer Wells, ses remarquables succès consistent dans les conditions suivantes : un diagnostic établi, en cas de doute, par des ponctions, et l'examen clinique et microscopique du produit ; le moins de manipulations possible, personne ne touchant l'abdomen des malades que l'opérateur ; la célérité et la décision dans l'opération, afin de ne laisser la cavité abdominale exposée à l'air que le moins de temps possible, et les soins personnels dans les pansements et le régime.

Innocuité. En présentant la statistique de la cinquième centaine de ses opérées, à la *Royal and chirurgical Society*, M. Spencer Wells fait remarquer que 373, presque les trois quarts, sont guéries ; 312 ont continué à donner de leurs nouvelles. Il persiste dans cette opinion : que la femme opérée d'ovariotomie uni-latérale peut remplir tous ses devoirs de femme et de mère, et, lors même que les deux ovaires sont enlevés, il n'y a pas de tendance à la *mascularité*. La femme ne perd pas ses habitudes féminines ni le stimulus sexuel.

Une remarque physiologique de M. Kœberlé n'est pas moins importante à noter. Après avoir subi une double ovariotomie, écrit-il à M. Puech (*Montpellier méd.*, janvier), ses opérées n'en sont pas moins restées aimantes envers leurs amis, leurs parents, leurs maris. Les organes génitaux sont restés excitables. Leur caractère est devenu plus doux et moins iras-

cible. Les seins ne se sont pas atrophiés. Il n'y a pas de tendance à l'obésité, quand elle n'existait pas déjà, pas d'altération dans l'accroissement des cheveux ni de modification de la voix. Une parfaite santé a été la règle, malgré la suppression des menstrues. On est donc assuré par là de ne pas faire perdre aux opérées leur caractère distinctif par cette mutilation.

De ces 373 ovariotomisées guéries, 36 n'étaient pas mariées et se marièrent après l'opération; 15 eurent 1 enfant; 6 en eurent 2; 3 en eurent 3, et 4 en eurent 4. Des 259 déjà mariées lors de l'ovariotomie, un grand nombre avaient déjà perdu leurs règles, mais 23 eurent encore 1 ou plusieurs enfants.

Le professeur Marzolo a relaté également l'accouchement gémellaire chez une de ses opérées de l'ovaire droit. Il y avait un garçon et une fille. (*Gazz. med. Venete*, n° 19.)

L'idée que chaque ovaire a une relation déterminée avec la production de chaque sexe est renversée par ces tableaux. Les femmes n'ayant plus qu'un ovaire ont donné indifféremment le jour à des garçons et à des filles et même à des jumeaux.

Son innocuité est surtout prouvée par certains cas où pas le moindre accident ne se montre malgré toutes les complications. C'est ainsi que, chez une petite femme, opérée par M. le docteur Olier (d'Orléans), dont le kyste remontait à huit ans, qui avait eu deux grossesses dans cet intervalle et subi 4 ponctions avec issue de 13 à 14 litres de sérum transparent, citrin, inodore chaque fois, pas la moindre adhérence ne fut rencontrée et l'excision du kyste se fit avec facilité, malgré son volume extrême. Un mois après, l'opérée se promenait; trois mois ensuite, les règles se supprimaient, une nouvelle grossesse avait lieu et deux jumeaux magnifiques naissaient sans encombre et la mère se rétablissait de nouveau parfaitement (*Gaz. des hôp.*, n° 143, 1872). Qui n'admirerait, dans ce cas, les bienfaits de cette excision de l'ovaire et son innocuité qui conserve ainsi la vie d'une femme avec tous ses attributs!

M. Kœberlé continue ses succès à Strasbourg, après comme avant l'annexion allemande. Sur 22 ovariotomies en 1871, il a eu 16 guérisons, et sur 21 en 1872, il en compte 17. Des 10 morts, 4 s'expliquent par une ovariotomie double, et les autres par des accidents étrangers à l'opération. La proportion totale des succès est donc de 76,73 pour 100. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, mars, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 12.)

A propos de 3 nouveaux cas d'ovariotomie pratiqués avec

succès en Belgique par M. Boddaert (de Gand), l'auteur rapporte, d'après Spencer Wells, la statistique suivante de l'ovariotomie en Belgique :

	Nombre d'opérations.	Résultats.
M. Sp. Wells, de Londres (1865-1871). . .	2 opérations.	1 guérison.
M. Boinet, de Paris (1870).	1 opération.	guérison.
M. Stilling, de Cassel (1871).	1 opération.	guérison.
M. G. Boddaert, de Gand (1870-1872). . .	5 opérations.	4 guérisons.

Mais d'autres chirurgiens belges l'ont également pratiquée au début, notamment M. de Roubaix et M. Soupart. Leurs insuccès ont été publiés et diminuent notablement la proportion des guérisons.

Un jeune chirurgien d'espérance, le docteur Schöldberg, a succombé à Stockholm, à trente-trois ans. Après avoir longtemps suivi M. Spencer Wells, il l'avait imité, et, sur 30 ovariotomies, pratiquées d'après sa méthode, il comptait 26 guérisons. L'élève avait déjà surpassé le maître. Nouvelle preuve en faveur de l'innocuité relative de l'ovariotomie dans le Nord.

Repoussée jusqu'ici de la pratique chirurgicale, l'ovariotomie a enfin été pratiquée pour la première fois à Madrid, le 2 février, par le docteur Manrique, en présence de toutes les notabilités chirurgicales madrilènes. Il trouva un kyste multiloculaire, avec dépôt solide et adhérences multiples. C'était trop grave pour un début, et la mort en fut la conséquence cinquante-six heures après. Mais ce premier insuccès ne doit pas empêcher les tentatives ultérieures, et, dans de meilleures conditions, les chirurgiens espagnols réussiront comme ceux d'Italie, de France et d'autres pays.

Une première ovariotomie a aussi été exécutée à Constantinople le 12 novembre 1872, par le docteur Sarell, sur une femme vierge de trente et un ans, portant depuis huit ans un kyste multiloculaire droit, très-volumineux, contre lequel divers traitements avaient été essayés en vain, et notamment 4 ponctions successives à la fin, ayant déterminé des péritonites partielles, de la fièvre et une émaciation extrême. Néanmoins, il n'existait que quelques adhérences à droite, correspondant aux piqûres, qui furent rompues facilement. Le liquide extrait, de 30 à 35 litres, était albumineux et filant, d'un rose sale, et la tumeur pesait environ 3 kilogrammes.

Le pédicule fut lié en deux à défaut de clamp, et le liquide tombé dans le péritoine épuisé avec des éponges fines, trem-

pées dans l'eau phéniquée. La plaie fut réunie par huit sutures entortillées et recouverte de compresses phéniquées, ainsi que le pédicule. Tout cela dura une demi-heure.

Malgré le mauvais état de l'opérée, il n'y eut aucune complication, et quinze jours après, la cicatrisation était complète, la femme parfaitement rétablie. M. Sarell, qui n'avait jamais vu pratiquer cette opération, dit que ce succès est d'autant plus heureux que c'est la première ovariotomie faite en Orient. Si elle avait échoué dans ce milieu encore rempli d'ignorance et de préjugés, il eût été peut-être difficile d'entreprendre de longtemps une pareille opération. Comme elle a réussi, il est à espérer qu'elle pourra former la première d'une série, parce que les kystes de l'ovaire ne sont pas plus rares à Constantinople et en Orient, qu'en France et en Angleterre. (*Gaz. méd. d'Orient*, avril.)

Voici la statistique rapportée par le docteur Peaslee, dans son traité des *Ovarian Tumours* (1 volume de 551 pages, New-York, 1872), des six principaux ovariotomistes des États-Unis :

Atlee. . . .	246 cas.	175 succès.	70 p. 100 environ.
Kimball . .	121	80	66,11
Dunlap. . .	60	48	80
Peaslee. . .	28	19	67,85
Thomas . .	27	18	66,66
Bradford. .	30	27	90

Cette dernière proportion est celle que M. Spencer Wells était près d'atteindre dans sa dernière statistique.

M. Clay (de Manchester), sur 250 ovariotomies compte 182 succès, soit une proportion de 72,8 pour 100.

M. Keith (d'Édimbourg), qui passe pour le plus heureux ovariotomiste, du monde, sur 136 opérations a obtenu 111 succès.

Ainsi, dit M. Peaslee, la proportion moyenne de tous les succès n'est probablement pas au-dessus de 63 pour 100 aux États-Unis, tandis qu'ils se sont élevés aux 7/8 au moins dans la Grande-Bretagne pendant plusieurs années pour MM. Wells et Keith. Aujourd'hui, la moyenne générale n'est pas moins de 66 pour 100. En France, cependant, les succès généraux, tombés à 39,67 pour 100 en 1867, au lieu de 46,15 en 1864, ne s'élèvent pas à moins de 50 pour 100 aujourd hui. En Allemagne, la proportion des succès était de 41,66 pour 100 avant la guerre, au lieu de 27,27 au commencement de 1864. (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier.)

Cette statistique est curieuse, mais tout en nous donnant le second rang dans les succès de cette grande conquête chirurgicale, il y a des réserves à faire sur la manière dont la statistique est établie en Angleterre et aux États-Unis, comme nous l'avons déjà montré. — Voy. *année* 1872.

Diagnostic général et différentiel des tumeurs ovariques, en rapport spécial avec l'ovariotomie, par le docteur Atlee, 1 volume in-8° de 482 pages avec 39 planches ; Philadelphie, 1873. Complément de l'ouvrage de M. Spencer Wells, publié l'année dernière et qui comble très-heureusement la grave lacune du diagnostic différentiel, dont ce livre traite surtout d'une manière aussi ample que savante comme l'introduction indispensable des autres volumes qui suivront celui-ci. C'est le résultat de la pratique de l'auteur depuis 1843, fondé sur 137 observations et les travaux de ses contemporains. — Voy. Tumeurs fibro-cystiques.

Ovariotomie coïncidant avec une péritonite aiguë. Cet exemple, présenté à la Société de chirurgie de Melbourne, montre avec quelle audace certains chirurgiens procèdent. Comme ces chirurgiens aventureux qui, pour prévenir la péritonite dans les plaies par armes à feu, ont ouvert le ventre pour chercher le projectile et suturé l'intestin, M. Tracy n'a pas craint de l'ouvrir, alors que la péritonite était manifeste. Un état hectique, un pouls faible et rapide, de vives douleurs dans le ventre excessivement distendu, ne pouvaient laisser de doute à cet égard. La malade, mère de deux enfants et âgée de trente et un ans, portait depuis quinze mois une tumeur abdominale. Une ponction amena 1 litre environ de substance colloïde. La malade, entrée à l'hôpital de Melbourne, présentait un estomac très-irritable, avec une température de 39 degrés C. ; pouls à 120, et une sensibilité extrême de l'abdomen. La tumeur était presque entièrement adhérente, le péritoine présentait une congestion intense, et la cavité péritonéale renfermait de la lymphe floconneuse. Le kyste était multiloculaire : le pédicule fut fixé avec le clamp, et la plaie réunie profondément par des sutures avec les fils de soie, superficiellement avec des crins de cheval. Deux heures après l'opération, il y eut un abaissement considérable de la température. Le quatrième jour, la plaie donna issue à une quantité considérable

de gaz et de liquide fétides, et, malgré tout, l'opérée a guéri rapidement. (*British med. journ.*)

L'observation rapportée par M. Pridgin Teale n'est pas moins frappante par la tolérance des organes malades. Il s'agissait d'un kyste ovarien suppuré après une ponction. La malade avait des frissons, de la fièvre, des vomissements, des douleurs abdominales très-vives, du météorisme avec une température de 40°,6 C. L'incision des parois abdominales donna issue à une certaine quantité de liquide ascitique, et montra le péritoine rouge et recouvert de lymphe récente. Le liquide du kyste est fétide et mélangé de gaz. Ses parois présentent un commencement de gangrène. Adhérences nombreuses; l'incision est prolongée jusqu'au sternum pour les rompre. Le pédicule très-court est lié, coupé et abandonné dans l'abdomen. La plaie est réunie par des sutures superficielles et profondes et, malgré cet état si grave et des complications, l'opérée guérit et quittait l'hôpital un mois après. (*Lancet*, juin.)

Après ces exemples que l'on peut réunir à six autres semblables appartenant à Keith, Spencer Wells, Peaslee, Wiltshire, il semble qu'il n'y ait plus de contre-indications à l'ovariotomie.

Ovariotomie pendant la grossesse. 4 cas en sont relatés par M. Spencer Wells, et les 4 opérées ont guéri. Dans le plus récent, il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, ayant refusé l'extirpation d'un kyste de l'ovaire en 1870, et qui devint enceinte. Le kyste étant multiloculaire, la ponction fut rejetée dans la crainte d'une péritonite, de la suppuration du kyste et d'adhérences consécutives. Attendre la viabilité de l'enfant pour recourir à l'accouchement prématuré, c'était courir la chance de voir les troubles généraux existants augmenter et mettre les jours de la femme en danger. Tenter l'avortement provoqué, c'était tuer l'enfant et laisser la tumeur. M. Spencer Wells pratiqua donc l'ovariotomie à la fin du deuxième mois, et 11 pintes et demie de liquide furent extraites. La grossesse continua et se termina par un accouchement à terme d'un enfant vivant.

Dans un autre cas, le kyste datait de dix-huit ans. 4 grossesses, suivies de 4 accouchements normaux à terme avaient eu lieu depuis, lorsque dès la cinquième, le kyste prit un développement subit et rapide. L'ovariotomie pratiquée à la fin du

deuxième mois laissa la grossesse se continuer normalement. Cet état n'est donc pas absolument un empêchement à l'ovariotomie. (*Obstetrical soc. of London*, 1872.)

OZÈNE. Une des innovations les plus remarquables de ces derniers temps est l'opération ingénieuse, simple et facile, pratiquée par M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, pour la cure radicale de l'ozène ou punaisie, qui constitue, comme on sait, une véritable infirmité pour ceux qui en sont atteints. La résistance obstinée de cette odeur repoussante aux différents traitements a montré de bonne heure qu'elle était due, dans la plupart des cas, à une lésion des parties dures du nez, destruction des os ou des cartilages. Mais, jusqu'ici, les médecins avaient conservé un ozène idiopathique, constitutionnel, justiciable des moyens purement médicaux. M. Rouge est d'un avis contraire. « Il lui paraît impossible qu'il y ait punaisie sans lésion du squelette des cavités nasales. » Et il en donne les raisons dans son mémoire. La solution du problème était donc :

1° D'ouvrir largement les fosses nasales, afin de se rendre un compte exact du siége et de l'étendue de la lésion, et d'avoir la possibilité d'extraire les parties malades ;

2° D'éviter toute déformation de la face, toute cicatrice, afin de ne pas remplacer une infirmité par une mutilation.

A cet effet, il a imaginé et exécuté le procédé suivant : Le malade étant couché et chloroformé, la tête inclinée à droite, on relève la lèvre supérieure en haut, puis on incise la muqueuse du sillon gingivo-labial de la première petite molaire droite à la gauche ; tous les tissus étant coupés, on arrive sur l'épine nasale antérieure, et alors la cloison est détachée à sa base ; on peut ainsi introduire le doigt dans le nez et explorer les fosses nasales ; s'il est nécessaire, on peut ouvrir une voie plus large encore, en sectionnant les cartilages des ailes du nez à leur insertion maxillaire. Dans les neuf cas, opérés par ce procédé, il a été possible d'extraire des séquestres, de ruginer les os, de cautériser les fongosités, et la guérison a toujours suivi ce mode de traitement, excepté un seul où la malade, atteinte depuis vingt-deux ans, et opérée une seconde fois, succomba à une phlébite purulente de la veine ophthalmique. Le procédé n'en est donc pas condamnable. L'hémorrhagie, assez abondante une seule fois, n'a jamais donné d'inquié-

tude ni nécessité de ligature ni d'hémostatiques. Ces résultats sont assez encourageants pour décider les chirurgiens à recourir à un procédé si simple, si innocent et si avantageux. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, octobre et novembre 1872, janvier 1873.)

P.

PANNUS. *Inoculation blennorrhéique.* Aux échos déjà si souvent répétés des brillants succès obtenus par l'emploi de cette méthode de traitement dans toutes les parties de l'Europe, M. le docteur Sichel répond par cinq observations de guérison à l'appui. Il s'agissait de pannus granuleux des plus graves. Dans deux cas, l'inoculation fut accidentelle, et volontaire dans deux autres, dont l'un est des plus concluants. Dans le cinquième, ce fut une ophthalmie purulente, contractée dans la clinique, qui amena la guérison.

Du pus blennorrhagique pris à la période aiguë est la condition essentielle. Ceux que cette méthode effraye et auxquels il répugne de l'employer, peuvent consulter l'historique complet de ses remarquables succès, depuis que Jæger l'a employée le premier en 1812, et imité depuis par des oculistes renommés. Une statistique détaillée en élève le nombre des cas publiés à quatre cent quatre. Piringer en Allemagne, van Roosbroeck en Belgique, Bader en Angleterre, en sont les principaux auteurs, tandis qu'en France, M. Sichel est le second, après Rivaud-Landron, qui ait osé l'employer. Elle a eu jusqu'ici plus de détracteurs que d'adhérents, sans qu'on l'ait essayée. S'il est commandé de n'y recourir qu'après l'insuccès des moyens usuels, on ne doit pourtant pas hésiter à l'employer devant tant de preuves d'innocuité, plutôt que de laisser des malheureux perdre la vue. Nous recommandons à ceux qui veulent s'édifier à cet égard, le mémoire convaincant de M. Brierre. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

PARACENTÈSE. *Apoplexie pulmonaire.* Un accident ayant une certaine analogie avec l'expectoration albumineuse observée à la suite de la thoracentèse (voy. *ce mot*) est signalé par M. le docteur da Silva Lima, médecin de l'hôpital de la Charité de Babia. Ayant pratiqué la paracentèse abdominale, selon la m-

thode anglaise, c'est-à-dire dans la ligne blanche, à deux ou trois travers de doigt au-dessous do l'ombilic, chez une blanchisseuse de trente ans, pour cause d'infiltration générale avec dyspnée intense, sans lésion cardiaque appréciable, il se manifesta, après l'issue de quelques litres de sérosité, une toux courte et sèche. M. Lima ferma aussitôt la canule, redoutant une syncope; mais la malade n'éprouvait ni malaise ni vertiges. Après une interruption do quelques minutes, la sérosité ayant recommencé à couler, la toux reprit avec une nouvelle intensité lorsque l'écoulement touchait à sa fin. La canule fut retirée et le ventre bandé; 25 litres environ avaient été extraits.

Mais la toux continua avec violence; la respiration était difficile et bruyante avec expectoration spumeuse sanguinolente. Ces symptômes s'aggravèrent d'heure en heure, malgré les secours, et douze heures après la ponction, cetto femme expirait.

L'autopsie, faite le lendemain, montra quelques litres de sérosité dans le péritoine. Une augmentation de volume du foie et de la rato, sans altération appréciable de structure; congestion légère des reins, mais beaucoup plus intense des poumons, livides et presque noirs avec de petites parties d'un aspect sain; foyers apoplectiformes des deux côtés en arrière sans épanchement pleurétique ni adhérences. Cœur normal contenant à peine quelques caillots récents. (*Gaz. med. da Bahia*, septembre, n° 148.)

Une congestion subite et violente des poumons, causée sans doute par le vide du thorax résultant de la soustraction du liquide ascitique, fut évidemment la cause de la mort, malgré toutes les précautions prises pour la compression graduée de l'abdomen, à mesure que le liquide coulait. Il est permis de croire que l'analyse chimique aurait peut-être décelé l'albumine dans l'expectoration, mais ce fait se passait en 1865, et n'a probablement été rappelé qu'à l'occasion des discussions retentissantes qui ont eu lieu sur ce sujet.

Il y a donc lieu de prendre à l'égard de la paracentèse abdominale les mêmes précautions que pour la thoracentèse quand la toux se manifeste, c'est-à-dire ne donner qu'une issue lente et même intorrompuo de temps à autre par l'écoulement du liquide, pour prévenir cet accident. C'est le précepte posé par le prudent médecin brésilien, et qu'il a suivi avec succès dans un cas semblable.

PANSEMENTS. *Blaireau.* M. Callender se sert avec avantage depuis deux ans, dans son service de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, d'un pinceau de blaireau pour nettoyer les plaies de ses opérés. Il remplace ainsi les éponges et autres moyens de pansement comme présentant moins de danger de transmission des éléments contagieux d'un blessé à l'autre. Probablement que chacun a son pinceau. Sur 148 opérés, à l'exclusion des hernieux, 4 seulement sont morts. Cette statistique est peu concluante, mais le moyen est original et nouveau, et c'en est assez pour le signaler à l'attention des chirurgiens. (*Soc. clin. de Londres*, janvier.)

Pansement ouaté. *Réunion immédiate.* Dans un cas de tumeur blanche suppurée du genou, M. A. Guérin ayant pratiqué l'amputation au milieu de la cuisse, le 4 décembre 1872, à l'Hôtel-Dieu, appliqua son pansement. Mais de l'agitation se manifestant avec élévation de la température, fréquence du pouls, et craignant la gangrène du moignon, il leva l'appareil le quatorzième jour, et trouva, à sa grande surprise, une réunion par première intention. C'était une ostéo-myélite, remontant jusqu'à la hanche et déterminant l'infection purulente qui donnait lieu aux accidents, comme l'autopsie le montra. (*Soc. de chir.*, décembre 1872.)

Ce fait est une preuve des avantages du pansement ouaté, qui est à la fois isolant, compressif et calorificateur, puisqu'il permet la réunion immédiate dans des conditions aussi défavorables.

PARALYSIES. D'après les travaux des anatomo-microscopistes, plusieurs paralysies, séparées comme des espèces ontologiques distinctes, devraient être réunies. Telles sont : la *paralysie infantile spinale* ou *atrophique de l'enfance* de Duchenne, la *paralysie spinale de l'adulte*, la *paralysie ascendante aiguë*, qui ne feraient qu'une seule et même affection avec l'*atrophie musculaire progressive*, en raison de la lésion unique et commune qui les détermine : l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Les caractères cliniques distincts de ces paralysies dépendraient seulement de la différence de l'évolution de l'atrophie cellulaire. — Voy. ATROPHIE.

Tel est le cas de *paralysie générale aiguë* survenue progres-

sivement, sans cause connue, chez un garçon de vingt ans et observé par M. Lépine, dans la clinique de M. Sée, à la Charité. La paralysie débuta par le membre supérieur gauche, s'étendit au membre inférieur de ce côté, puis à la jambe droite, et de là, au bras droit ; il existait de l'aphonie et une paralysie des muscles inspirateurs du côté gauche. L'intelligence est restée entière jusqu'à la mort, qui a eu lieu douze jours après l'invasion.

L'urine présentait une augmentation notable du phosphore excrété.

L'examen microscopique de la moelle, à l'état frais et sur des couches durcies, a montré dans toute son épaisseur un bon nombre de corps granuleux qui paraissent venir pour la plupart des cellules de la névroglie et des globules lymphatiques ; il y avait, en outre, dégénérescence graisseuse d'un certain nombre d'éléments médullaires. M. Cornil, après avoir rendu compte de l'étude histologique qu'il a faite, ajoute que cette observation est importante parce que, dans la paralysie ascendante, on ne trouve généralement pas de lésion appréciable après la mort. (*Soc. de biol.*)

Hypermégalie musculaire progressive. M. le professeur Orsi désigne, sous ce nouveau titre, la *paralysie myo-sclérosique* ou *pseudo-hypertrophique* de M. Duchenne (de Boulogne), appuyant cette dénomination sur ce qu'elle exprime mieux la pathogénie de cette maladie. C'est dire qu'il la considère comme une altération de l'appareil locomoteur. Un seul fait, dont le sujet est un enfant de six ans, lui sert de base et il s'en réfère, pour le reste, aux travaux des médecins allemands qu'il rappelle sans citer ceux des Anglais, ni celui de M. Duchenne en particulier.

Comme traitement, il prescrit un régime mixte, surtout azoté, l'exercice de l'excitation du système musculaire, le carbonate de fer mélangé à la poudre de fève de Saint-Ignace, et enfin la faradisation des muscles atteints de sclérose. (*Gazz. med. Lombardia*, n° 29, 1872.)

Le docteur De Renzi, chez un enfant de dix ans, a rencontré des urines albumineuses non signalées jusqu'ici. Une pilule, puis deux par jour, de 25 millièmes de centigramme de strychnine et des applications électriques ont produit une grande amélioration. (*Liguria medica*, n°s 1 et 2, 1872.)

Élévation de la température locale. Chez un enfant de sept ans qui souffrait depuis deux ans de faiblesse progressive des reins et des membres inférieurs avec épaisseur des muscles, M. W. Ord constata une augmentation de température de 1,9 à 3,9 degrés Fahr. de la région des fesses avec celle des cuisses, contrairement à l'abaissement qui s'observe comme règle. Des fragments musculaires ne montrèrent aucune dégénérescence au microscope, mais une augmentation des éléments blancs fibreux entre les fibres primitives, ce qui permet de douter que ce fût là un exemple authentique de la maladie de Duchenne. (*Roy. med. and chir. Society*, 28 octobre.)

Ce serait, au contraire, une trophonévrose musculaire pour le docteur Berger, car, d'après ses observations microscopiques, l'hypertrophie de la fibre musculaire serait la lésion primitive et coïnciderait cliniquement avec les névralgies, les hyperesthésies et les analgésies, l'affaiblissement mais non l'abolition de la motilité. L'hypertrophie du tissu connectif interstitiel, comme Duchenne l'a observée, ne serait que secondaire et caractéristique de la seconde période de la maladie, c'est-à-dire la paralysie vraie, accompagnée de l'augmentation considérable du volume des muscles affectés. Elle ne serait pas d'ailleurs spéciale à l'enfance, selon le même observateur. Il en relate trois cas chez des hommes de vingt-quatre, vingt-huit et trente et un ans. Le sexe masculin y serait ainsi particulièrement prédisposé. (*Deut. archiv. fur Klin. med.*, 1872.)

Toutes les divergences portent, on le voit, sur des phénomènes cliniques et des lésions anatomiques d'une période primitive, non étudiée par notre savant compatriote. Ce n'est donc pas une contradiction, mais un perfectionnement de son observation.

Paralysie à frigore. Un homme de vingt ans rentra chez lui, ivre, par une très-froide soirée d'hiver, et sans fermer l'imposte de la porte de sa chambre, se jeta sur son lit et s'endormit. Le lendemain matin, il ne put se lever ; ses membres inférieurs étaient engourdis et contractés. La faiblesse s'en empara progressivement jusqu'à une paralysie complète des quatre membres, sans aucune lésion cérébrale ni spinale. Les facultés psychiques étaient complétement normales, sans troubles musculaires de la face, du cou, ni du tronc; la respiration et l'émission des fèces et de l'urine s'accomplissaient norma-

lement. Les membres seuls avaient perdu leur sensibilité, même à la piqûre profonde d'une aiguille.

Les diaphorétiques étant sans effet, on recourut à l'électricité, qui ramena peu à peu la sensibilité. Après un traitement de neuf mois, à l'hospice des Incurables de Palerme, dirigé par le docteur Capozzi, ce malade pu reprendre ses occupations.

C'est là, suivant l'auteur, une variété de la paralysie ascendante aiguë, causée par le froid sur les nerfs périphériques, tandis que les centres nerveux étaient intacts. (*Gazz. clin. di Palermo.*)

Pseudo-paralysie infantile. D'après M. Parrot, cet état d'impuissance d'un ou plusieurs membres, simulant la paralysie et s'observant dans les premiers mois de la vie, résulte de lésions extrêmement graves du tissu osseux, notamment le décollement des épiphyses causé par une syphilis congénitale. Un assez bon nombre de faits justifient ces propositions. C'est ainsi qu'en 1869, M. Guéniot observa une inertie complète des quatre membres chez un tout jeune enfant de l'hospice des Enfants-Assistés, que l'on ne savait à quoi attribuer. L'autopsie montra l'intégrité du système nerveux, mais les leviers ostéogélatineux portaient, au niveau des foyers épiphysaires, des brisures multiples baignées de pus.

Un très-jeune enfant, observé par Valleix, avait été atteint d'une façon si brusque d'une de ces pseudo-paralysies que la cause en fut attribuée à une lésion cérébrale. L'autopsie révéla, au contraire, un ostéite suppurée de l'humérus avec décollement épiphysaire.

Dans ces cas, comme dans les autres, la tuméfaction douloureuse et la crépitation au voisinage des articulations, les contractions musculaires par le pincement ou une piqûre, la persistance de la sensibilité, le jeu normal des fonctions des centres nerveux montrent clairement que ce n'est là qu'une paralysie apparente, et que des lésions osseuses toutes locales en sont la cause. Quant à leur nature syphilitique, si elle est réelle chez les nouveau-nés, comme cela semble résulter des observations collectées par M. Parrot (*Archiv. de physiol.*, n°s 3, 4 et 5, 1872), il ne paraît pas toujours en être ainsi chez les enfants plus âgés, comme le fait suivant en est l'indice.

Un enfant d'un an, né de parents sains, bien constitué, commençait à marcher lorsque, après un peu de fièvre, il refuse

de se soutenir, il crie et pleure si on le pose à terre, et ne remue même pas ses jambes sur le lit. Aucune différence de volume; M. le docteur Corre (de Brest) diagnostique une *paralysie à frigore*. Mais un mois après, le membre inférieur gauche augmente, et lorsqu'on le touche, l'enfant crie. Un empâtement circonscrit le long de la diaphyse tibiale se distingue ensuite avec gonflement et induration à la partie supérieure et externe, puis interne de la jambe qui est comme incurvée de haut en bas, et de dedans en dehors. Une saillie externe déborde la jambe en haut et un peu en arrière, comme si l'épiphyse supérieure du tibia tuméfiée repoussait la tête du péroné.

Ce membre est immobilisé dans une gouttière avec cataplasmes et onctions mercurielles sur la partie douloureuse. Il n'y a pas de fièvre et l'enfant se nourrit assez bien. Néanmoins, l'articulation du genou augmente, la rotule est comme repoussée. Mobilité anormale de la jambe dans tous les sens. Sous l'influence de l'anesthésie, l'examen révèle une séparation entre l'épiphyse et la diaphyse du tibia, sans liquide.

Deux mois après le début de cette étrange maladie, et sans qu'il y eût la moindre tendance de soudure, l'enfant est pris de frissons et de fièvre, de toux et d'oppression, sans que la poitrine révèle aucun signe bien caractéristique, et il meurt tout à coup.

Une incision profonde sur la crête du tibia, le montre se détachant du périoste avec la plus grande facilité. La diaphyse est rougeâtre, comme veloutée, finement poreuse, excepté dans quelques parties. Du sang épaissi la sépare de l'épiphyse en haut. Une matière molle, rouge comme du sang épaissi, remplit la cavité médullaire.

L'épiphyse ne tient à la diaphyse que par le périoste très-épaissi et en voie de prolifération. De même de l'épiphyse aux bords de sa face interne et adhérente.

C'est donc là une périostite simple, comme les chirurgiens en observent souvent en Angleterre. D'où M. Corre conclut, qu'en pareil cas, l'ablation de la diaphyse est indiquée et peut être pratiquée quand le sujet est comme celui-ci d'une bonne constitution et dans un état général satisfaisant. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril.)

Paralysie labio-glosso-laryngée. *Origine.* La paralysie complète d'un des organes intéressés est un signe, suivant

M. Joffroy, que la lésion siége dans le bulbe. Les troubles de la motilité des lèvres, de la langue, du voile du palais et du pharynx peuvent être très-prononcés dans cette paralysie lorsqu'elle est d'origine cérébrale, mais jamais la paralysie n'est complète. On en trouve seulement l'explication dans une lésion siégeant au niveau des noyaux d'origine des nerfs hypoglosse, facial, spinal, ou bien dans leur voisinage, de façon à couper complétement leurs communications, soit avec le centre de volition, soit avec les organes périphériques. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Paralysie du nerf radial. Elle ne dépendrait jamais du froid, comme on l'admet généralement, suivant M. Panas; la compression du nerf en serait l'unique cause et il rapporte 16 observations à l'appui, où la véritable cause a été rendue évidente dans quelques cas douteux par le rapide succès de l'électricité. Cette compression peut avoir lieu, on le comprend, de différentes manières; le décubitus prolongé sur la terre en étant la plus fréquente, on a ainsi attribué au froid, à l'humidité, ce qui dépendait exclusivement de la compression. Cette cause peut d'autant être méconnue que le développement de cette paralysie est parfois lent et progressif. C'est donc à l'élucider que le praticien doit s'appliquer. (*Arch. de méd.*, juin.)

Il est difficile de n'admettre que cette cause exclusive, et la paralysie *à frigore* paraît incontestable dans certains cas, notamment celui de M. Lancereaux où elle apparut simultanément dans les deux bras qui avaient été plongés dans un seau d'eau froide. — Voy. *année* 1871.

Paralysie variolique. M. le professeur Westphal a confirmé, par deux observations qu'il rapporte, faites à la Charité de Berlin, la coïncidence de la paralysie des membres inférieurs et de la vessie avec la variole, mais sans citer MM. Gubler et Laborde qui l'avaient observée avant lui à l'hôpital Beaujon; procédé d'Allemand auquel nous sommes condamnés sans pouvoir nous y soustraire. Il s'agit d'un garçon de vingt-deux ans qui, au troisième jour d'une variole discrète, éprouva de la faiblesse dans les membres inférieurs avec rétention d'urine. La faradisation amena la guérison, mais une périthyphlite détermina la mort trois mois après.

Le second cas, chez un homme de trente-deux ans, observé dans les mêmes conditions en janvier 1872, fut mortel. L'au-

topsie montra la substance grise de la moelle congestionnée, sans altération de la substance blanche ni des racines nerveuses. De minces sections de la moelle, faites après l'avoir traitée par le bichromate de potasse, montrèrent des taches irrégulièrement disséminées dans le tissu médullaire, avec ramollissement comme une tête d'épingle de la substance grise dans la région thoracique. Des granulations graisseuses abondaient dans les tissus, dont la couleur était modifiée. Légère infiltration sanguine des nerfs sciatiques.

De là le nom de *myélite disséminée* proposé par l'auteur pour désigner cette maladie (*Berl. Klin. Woch.*, n° 47, 1872). C'est à vérifier, car nous sommes payés pour ne pas prendre à la lettre tout ce qui vient d'outre-Rhin.

M. Vulpian y rattache la paralysie atrophique des muscles deltoïdes, sus- et sous-épineux des deux côtés, observée chez un garçon de vingt-sept ans, peu de temps après une variole non-confluente. Elle s'était développée graduellement en s'accompagnant de douleurs, avec abolition de la sensibilité tactile et de la contractilité faradique dans les muscles atteints. Elle disparut aussi lentement à l'aide de bains sulfureux et de la faradisation.

M. Vulpian attribue ces paralysies à une lésion des cellules nerveuses des cornes antérieures d'une région de la moelle, bien qu'il n'en ait jamais rencontré. (*Arch. de phys.*, n° 1.)

Paralysie arsenicale. Observée comme une exception. Follin signale les douleurs et la faiblesse musculaire consécutive; mais la paralysie a été niée par certains auteurs. Le fait suivant observé par M. Ferrand en est un exemple incontestable.

Un homme de quarante ans entrait le 24 juillet 1873 à l'hôpital Saint-Antoine. Le défaut de travail l'avait obligé d'entrer le 17 juillet précédent dans une fabrique de produits chimiques où il était occupé à manipuler, pulvériser, tamiser et diviser le vert arsenical de Schweinfurt. Quatre jours après, insomnie, céphalalgie, douleurs des bourses, inappétence, boutons prurigineux à la face et au scrotum qui formèrent deux jours après une eschare gangréneuse grande comme une pièce de 5 francs. De là son entrée à l'hôpital.

Cette éruption fut bientôt guérie sous l'influence des bains d'amidon, mais les douleurs des membres, spécialement aux coudes et aux genoux, n'ont cessé d'augmenter. Des fourmille-

ments pénibles se sont produits aux extrémités. Après quelque rémission, elles ont pris une exacerbation quotidienne vespérale qui ne cessait qu'avec le sommeil, provoqué par 10 centigrammes d'opium absorbés chaque soir.

Vers le 25 août, un affaiblissement notable de la motilité des membres a commencé à se manifester, puis s'est accru tellement que, le 15 septembre, il y avait une véritable paralysie incomplète, mais incontestable. Le malade pouvait à peine se tenir debout un instant sans un appui, et ne pouvait marcher qu'en se tenant aux lits ; la force musculaire est plus altérée dans les jambes que dans les bras, inhabiles et paresseux cependant. Les doigts sont inertes et ne peuvent saisir aucun objet.

La sensibilité est également altérée, c'est-à-dire plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Le phosphore administré à la dose de 1 à 2 milligrammes, eut une efficacité réelle, mais ne put déterminer une guérison complète, en raison de l'intolérance gastrique qu'il provoque. L'élimination du poison, moins rapide que l'absorption, pourra la compléter (*Union méd.*, n° 139.)

C'est donc là un cas incontestable de paralysie arsenicale, résultant de l'absorption cutanée si intense qu'en moins de quatre jours les phénomènes locaux étaient évidents et se sont ensuite développés dans toute leur intensité.

Paralysie générale des aliénés. Une discussion soulevée à l'Académie de médecine de Belgique par M. Lefebvre sur ce sujet, pour affirmer et soutenir que cette maladie moderne était un produit de la civilisation, de l'alcool et du tabac, a trouvé des contradicteurs. M. le professeur Crocq, entre autres, nie l'influence de la civilisation et du tabac qui ne porte pas directement son action sur le cerveau. Il n'est pas douteux cependant, dit Griesinger, que, chez certaines personnes, le tabac affaiblit et trouble les *fonctions du cerveau*. Guislain partageait cet avis.

Les résultats de l'anatomie pathologique confirment ce fait ainsi que les symptômes mêmes, provoqués par l'usage et l'empoisonnement par le tabac.

C'est ce que M. le professeur Masoin (de Louvain) a parfaitement mis hors de doute dans un discours éloquent et très-bien déduit. Fondé sur l'avis d'aliénistes compétents et sur son expérience personnelle, il a montré que c'étaient les abus, les

excès de la civilisation, et non la civilisation même, qui augmentaient la folie paralytique. Et quant à sa proportion croissante que M. Bulckens réduit à 30 sur les 1100 aliénées de Gheel, M. Masoin rectifie ce rapport en établissant que sur 100 admissions d'hommes aliénés à Louvain, il y a 19 fous, tandis qu'il n'y en a que 2 parmi les femmes. C'est donc seulement aux aliénés hommes, et à ceux des grandes villes en particulier, que s'applique la progression. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, mai.)

Elle peut se confondre avec la syphilis cérébrale, suivant le docteur Muller qui rapporte un fait à l'appui. — Voy. SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Paralysies syphilitiques secondaires.—Voy. NÉVROSES SYPHILITIQUES. SYPHILIS.

Paralysie traumatique des extenseurs. Observée par M. Nicaise, comme un démenti à l'étiologie saturnine qu'il lui avait attribuée. — Voy. RÉSECTIONS.

PARAPLÉGIE. Pseudo-paraplégie tétaniforme. Le docteur Séguin (de New-York) décrit sous ce titre nouveau une affection qui paraît être une variété des altérations de motilité consécutive à une compression lente de la moelle, avec exagération de la sensibilité, sur lesquelles M. le professeur Charcot a récemment appelé l'attention dans ses *Leçons cliniques*, à la Salpêtrière. C'est ainsi que, dès 1864, M. Jaccoud la signalait, page 471, dans son *Traité des paraplégies* (voy. *année* 1864). M. le docteur Hallopeau en rapporte également une observation dans sa thèse inaugurale, page 50 (voy. *année* 1872). Dès qu'elle essayait de mettre le pied à terre, la malade était prise de mouvements convulsifs dans les membres inférieurs et se trouvait ainsi clouée au sol, sans pouvoir faire un pas, et se maintenant difficilement en équilibre.

Cette affection ne paraît pas rare d'ailleurs, car l'auteur en relate cinq cas observés en trois ans. Il y a impotence des membres inférieurs dans la station verticale, sans aucune perte de force. Les troubles du mouvement résultent, d'après M. Jaccoud, de contractions réflexes, anormales, mais l'innervation motrice volontaire est parfaitement intacte. Voici d'ailleurs la symptomatologie clinique de cette affection.

Le malade accuse une impotence presque absolue des mem-

bres inférieurs avec sensations anomales et difficulté dans l'émission des urines et des fèces. Il se lève avec difficulté en s'aidant des mains et, à peine debout, il chancelle, titube, rétablit l'équilibre en tenant les pieds écartés et le corps en avant. Les genoux sont étendus et les pieds en dedans, au point que les gros orteils s'entrechoquent en se croisant, et déterminent des faux pas incessants.

La démarche est spéciale. Au lieu de traîner la jambe, de plier le genou, de projeter violemment le pied en dehors et en avant en heurtant le sol avec bruit, comme dans l'ataxie locomotrice, le membre reste dans l'extension, la plante du pied rase le sol et le soulèvement léger du membre résulte d'un mouvement de totalité. Les muscles sont violemment contractés, et l'on développe par l'exploration un état particulier se rapprochant de l'épilepsie spinale. D'où le qualificatif de tétaniforme. A l'état de repos, les muscles jouissent au contraire de leur contractilité normale.

L'état analogue de la vessie et du gros intestin fait admettre au docteur Séguin une irritabilité réflexe exagérée, dépendant d'une compression légère de la moelle au-dessus du renflement lombaire. La congestion locale qui en est la conséquence et la diminution de l'influx nerveux cérébral en résultant expliquent la pathogénie de ces phénomènes. (*Arch. of scient. and practic. medicine*, février.)

M. Charcot, dans ses *Leçons*, relate des cas où, après dix-huit mois et deux ans de cette paraplégie, l'usage des membres s'est entièrement rétabli par l'application de pointes de feu sur la gibbosité de chaque côté des apophyses épineuses. (*Gaz. heb.*, n° 18.)

Abcès ossifluents du canal rachidien. Un garçon de vingt-trois ans, bien portant jusqu'à vingt ans, eut alors un petit abcès ganglionnaire à l'angle de la mâchoire, et un an et demi plus tard, une série de cinq abcès ganglionnaires à la région cervicale. Considéré comme scrofuleux, il fut envoyé aux bains de mer de Livourne. Après quelques bains, il se plaignit d'une douleur partant de la quatrième vertèbre dorsale et s'irradiant au thorax. Les mouvements des membres inférieurs, les fonctions intestinale et urinaire étaient du reste intacts. Quelques jours après l'invasion de la douleur en ceinture, il éprouva une sensation pénible de froid et de fourmillement dans le membre

inférieur gauche, puis dans le droit ; ces sensations débutaient toujours par les pieds pour remonter de là à la région abdominale.

Vers le mois de septembre 1872, sensation de faiblesse dans les jambes, puis apparition de quelques contractures musculaires, et enfin paraplégie complète au commencement d'octobre. Examiné et traité alors à l'hôpital de Padoue, Berton présente l'état suivant à M. le docteur Sotti :

Trajets fistuleux et abcès ganglionnaire à la région cervicale. Thorax large et bien conformé. Douleur à la pression sur la ligne verticale du mamelon, au niveau de la quatrième côte gauche. A ce niveau existe une tuméfaction dure, arrondie, accompagnée de matité, d'absence de frémissement vibratoire et de perception lointaine et profonde de la respiration et de la voix.

Les membres inférieurs sont amaigris, la température prise au creux poplité est de 35°,5. La contractilité et la sensibilité électriques, amoindries à droite, sont presque abolies à gauche. Cette sensibilité va en augmentant dans la paroi abdominale, et cela d'autant plus qu'on se rapproche de la quatrième vertèbre dorsale ; la pression est douloureuse au niveau de cette vertèbre ; l'éponge imprégnée d'eau chaude ou froide y donne une sensation de chaud ou de froid, mais non de douleur.

Paralysie incomplète de la vessie et du rectum, urines alcalines.

Larges eschares aux deux régions trochantériennes.

Le malade traîna ainsi jusqu'au milieu de février 1873, il fut pris alors de fièvre et bientôt une tuméfaction douloureuse se montra en haut de la cuisse gauche. L'ouverture, pratiquée le 10 mars, donna issue à du pus sanieux, et le 12 mars, le malade mourut.

L'autopsie, indépendamment de diverses lésions d'organes, fit constater, du côté de la colonne vertébrale, qui, du reste, ne présentait de déviation d'aucune espèce, les désordres suivants : la portion latérale droite des corps des septième, huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales est dépourvue de périoste, ramollie, raréfiée, rongée.

La partie latérale gauche du corps de la sixième vertèbre dorsale est entièrement détruite et remplacée par un mélange de bouillie caséeuse et de pus ; c'est par là qu'un abcès s'est fait jour dans le canal médullaire, refoulant devant lui le

périoste, abcès large en bas, plus mince en haut vers le niveau de la quatrième vertèbre où il se termine.

La dure-mère spinale, çà et là hypérémiée, est lisse, transparente, libre d'adhérences, sauf au niveau de l'abcès où elle est épaissie, inégale, opaque, injectée, adhérente au périoste de la paroi vertébrale.

Toute la moelle au-dessus et au-dessous du point comprimé est grosse, turgescente, hypérémique; la partie comprimée est molle, comme bouillie, de couleur rose intense, dans laquelle on ne distingue pas la substance blanche de la grise. (*Gaz. med. delle prov. venete.*)

Paraplégies puerpérales. Diagnostic différentiel. Entre les paraplégies organiques et les paraplégies réflexes, M. Brown-Séquard admet les différences suivantes :

PARAPLÉGIES ORGANIQUES.	PARAPLÉGIES RÉFLEXES.
Prédominance de l'élément *douleur*. Il peut y avoir des *douleurs* au niveau même de la lésion ; des *douleurs* en ceinture ; des *douleurs* dans les membres ; enfin, ces trois ordres de phénomènes peuvent se trouver réunis ;	Absence plus ou moins complète de douleurs ;
Fourmillements, engourdissement, anesthésie, analgésie ; en un mot, abolition plus ou moins complète de la sensibilité normale ;	Affaiblissement moins prononcé du mouvement dans les membres ;
Sensations fausses de chaleur, de froid, de brûlure : c'est là un trouble sensoriel très-fréquent chez les ataxiques ;	Début habituellement moins brusque et plus insidieux que celui des paralysies par lésion organique ;
Paralysie du rectum et de la vessie ;	Enfin, retour habituel à la santé ; la guérison est ici la terminaison de beaucoup la plus fréquente.
Enfin, formation d'eschares vers les derniers temps de la vie.	Parmi les paraplégies de cet ordre, celles de la grossesse sont incontestablement les moins graves ; elles se dissipent en général promptement, et sans laisser de traces.

PAROTIDITE. Telle est l'incertitude de la nature de cette maladie que l'on ne cesse de discuter à cet égard. Pour M. Bouchut, elle est due à la rétention salivaire, conséquence de l'inflammation catarrhale du conduit excréteur de la glande. De là son innocuité quand le malade est en bonne santé et sa résolution rapide ; mais si le malade est sous une influence typhoïde ou septicémique, comme à la suite de certaines maladies infectieuses, ces parotidites peuvent entraîner la mort malgré les antiphlogistiques et les résolutifs. (*Acad. des sciences*, juin.)

C'est aux fuliginosités, au mucus concret, aux débris d'épi-

thélium, aux cryptogames et aux lésions existant dans la bouche dans le cours des fièvres essentielles, comme la rougeole, la scarlatine, le typhus, la diphthérite que M. le professeur Schutzenberger l'attribue. L'irritation de la muqueuse buccale en résultant se transmettrait à la parotide par le canal de Sténon. D'autant plus que les malades étant plongés dans l'adynamie et tenant la bouche ouverte sont exposés sans défense aux agents infectieux. De là leur moindre fréquence dans les affections aiguës de la bouche. C'est donc à laver celle-ci, à la débarrasser de ces matières infectieuses ou à les neutraliser que consisterait la prophylaxie de cette infection. (*Soc. de méd. de Strasb.*). C'est ce qu'a dit depuis longtemps M. Netter pour la fièvre typhoïde en particulier.

Les mêmes moyens sont recommandés par M. le professeur Crocq dans les maladies aiguës. Des pressions, sinon le massage de la glande, sont même indiquées dès le premier indice de douleur pour en expulser le principe irritant par le conduit excréteur. Des sangsues, des mouchetures, des onctions mercurielles sont également indiquées ensuite. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Comment concilier cette étiologie toute locale avec ces épidémies de parotidites, d'oreillons se manifestant sans autres maladies concomitantes et se terminant souvent par métastase sur les testicules ou les ovaires? Si les causes précédentes paraissent vraies dans certains cas, elles n'expliquent certainement pas la maladie dans d'autres.

PEAU. Il est d'observation vulgaire que le tégument externe éprouve, par l'effet de l'âge, des modifications, des changements sensibles et qui se manifestent aux yeux de tous. La diminution, la disparition même du tissu cellulaire, adipeux sous-cutané, amène des plis, des ratatinements visibles à l'œil nu, qui doivent nécessairement influer sur les changements, les altérations anatomiques de cette enveloppe superficielle. En voici le résumé succinct, d'après l'examen microscopique de M. Isidore Neumann, sur un grand nombre de vieillards de l'établissement d'Alserbache.

Ces altérations consistent principalement dans une atrophie du tissu du derme, liée essentiellement aux modifications de texture désignées sous les noms d'*opacité à fines granulations, de ratatinement sénile et de gonflement vitreux*. Quelques-unes

de ces métamorphoses ont déjà été étudiées dans la peau et dans d'autres organes ; mais le *ratatinement sénile* n'a pas été jusqu'ici suffisamment examiné. Ces métamorphoses dépendent des troubles nutritifs que l'âge apporte, en général, et qui ont pour résultat de déprimer les fonctions de l'organisme.

Les altérations séniles de la peau ne se font pas d'une manière uniforme. Dans l'épiderme, il se produit des hyperplasies qui représentent des excroissances verruqueuses. Le racornissement et le détachement des cellules se font d'une manière irrégulière. Quant aux poils, leur chute a sa cause dans la dégénérescence des papilles et dans le développement défectueux de l'épithélium. Les follicules pileux ne disparaissent pas entièrement ; ils s'atrophient au niveau de leur partie inférieure, tandis que leur moitié supérieure devient un conduit excréteur des glandes sébacées.

On trouve du pigment dans l'épiderme, dans la gaîne radiculaire, mais aussi dans le derme.

Enfin, parmi les altérations cutanées séniles, il faut encore compter une diminution manifeste de l'élasticité et de l'extensibilité de la peau.

Malheureusement, les produits de sécrétion de la peau sont encore trop peu connus, malgré les recherches qui ont été faites à ce sujet, pour qu'on puisse relier d'une manière précise les altérations séniles signalées aux modifications de l'échange nutritif ; les faits anatomiques connus permettent d'admettre l'existence de troubles considérables dans la nutrition de la peau. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 3.)

PEMPHIGUS AIGU FÉBRILE. — Voy. Fièvre herpétique.

PENSIONS VIAGÈRES. *Association générale des médecins de France.* Lorsque se constitua à Paris, en 1863, par l'initiative toute prévoyante et confraternelle de M. le docteur A. Latour, l'Association générale de secours mutuels des médecins de France, selon la législation existante, elle inscrivit dans ses statuts le principe plutôt que l'obligation des pensions viagères d'assistance pour ses sociétaires invalides et pauvres. Le chiffre de 600 francs fut fixé comme le minimum et le double comme le maximum. Celui de 300 000 francs étant considéré comme nécessaire pour en commencer le service,

l'année 1878 fut fixée comme le terme nécessaire à sa réalisation.

Par suite de l'augmentation plus rapide de la caisse résultant de dons et legs imprévus, l'Association a résolu, dans sa session des 20 et 21 avril 1873, que ce service commencerait dès 1874, avec les modifications suivantes à ses statuts. Le minimum des pensions sera de 100 francs jusqu'à 1200. Chaque société locale agrégée en fera la demande pour ses sociétaires, et au lieu que ce soit au Conseil général de les accorder ou les refuser, suivant les statuts de 1863, ce pouvoir est délégué à l'assemblée générale qui nomme dans son sein une commission spéciale à cet effet.

Par le versement à la caisse de retraite de la vieillesse d'un capital suffisant pour assurer ces pensions, les titulaires deviendront ainsi créanciers nominatifs et directs de l'État, inscrits sur le grand livre de la dette publique (*Union méd.*, n° 50). C'est la première institution de ce genre en France qui permet à tous les médecins, moyennant la faible cotisation annuelle de 12 francs, de s'assurer un avenir en cas de besoin pour leurs vieux jours, et sinon, qui profitera à des confrères méritants. C'est ainsi que le *Monte pio facultativo* espagnol assure une pension aux médecins sociétaires, à leurs veuves et à leurs orphelins.

PERCUSSION. *Bruit de pot fêlé.* Contrairement à MM. Barth et Roger qui l'ont signalé sur le vivant, en percutant la région sous-claviculaire, comme signe d'une caverne superficielle et d'une certaine étendue, remplie d'air et de liquide, MM. Grancher et Cornil ne l'ont constaté expérimentalement sur des animaux que dans l'expiration. Il se produirait alors par les parois minces de la caverne privée d'air (*Soc. de biologie.*, février). Quant à l'application pratique, clinique, ils n'en parlent pas. Telle est la différence des études actuelles, toutes expérimentales, suivant les errements allemands, et l'ancienne école clinique française.

M. Budin n'a pas tardé à faire la démonstration clinique de ce fait expérimental et cadavérique, sur une malade soumise aux membres de la Société, dans la séance suivante. Ce bruit spécial était perçu à la percussion pendant l'expiration avec une différence très-sensible, sans qu'il y eût besoin d'une grande finesse d'observation. C'est donc un fait consacré.

PERFORATION INTESTINALE. *Signe physique.* C'est, suivant le docteur Spiaggia, un son entendu à l'auscultation, un pouce environ au-dessous de l'ombilic. Chez une femme de vingt-cinq ans, morte de perforation intestinale, à l'hôpital civil de Palerme, l'autopsie révéla, en effet, trois perforations, distantes l'une de l'autre, du petit intestin.

Le son entendu était synchrone avec l'inspiration et l'expiration, mais plus distinct pendant la première que pendant la seconde. Il ressemblait au bruit respiratoire entendu sur les côtés de la colonne vertébrale dans la région dorsale supérieure. L'auteur l'attribue au passage des gaz de l'intestin dans le péritoine et réciproquement, et conclut que ce murmure synchrone aux mouvements respiratoires est un signe diagnostique de la perforation intestinale, mais sans que son absence puisse en rien diminuer la valeur des autres signes. Il peut manquer, en effet, si la perforation est très-petite, ou si l'anse intestinale où elle existe est très-profondément située, qu'une tumeur ou une anse d'intestin la recouvre, etc. (*Gazz. clinica dello sp. di Palermo*, février.)

Ces conclusions sont évidemment prématurées en n'étant appuyées que sur un fait. Mais il suffit pour attirer l'attention des observateurs.

PÉRI-ARTHRITE. Séduit par la justesse et la concision de ce mot, employé par M. Duplay pour désigner une affection chronique de l'épaule confondue avec l'arthrite (voy. *année* 1872), M. le professeur Gosselin propose de l'appliquer à toutes les affections articulaires de nature inflammatoire, siégeant en dehors de l'articulation, et dont le siége n'est pas autrement précisé. C'est ainsi que dans 4 observations d'affection du genou qu'il rapporte et simulant une arthrite, il propose d'appliquer le mot de péri-arthrite, en raison de ce que les symptômes et la guérison ont montré ultérieurement que l'article était libre. Il croit que souvent ces affections sont à tort regardées comme nerveuses, névralgiques, surtout chez les femmes et les jeunes sujets. Les caractères distinctifs sont encore à trouver, de même que pour les autres articulations, mais il y a de sérieuses études à faire pour arriver, comme M. Duplay, à distinguer, préciser et guérir la *péri-arthrite scapulo-humérale.* (*Archiv. de méd.*, octobre.)

PÉRIOSTITES SYPHILITIQUES. Elles constituent, suivant M. le docteur Mauriac, une des premières manifestations de la syphilis sur le crâne ; elles surviennent parfois peu de jours après le chancre infectant et même avant l'apparition des accidents secondaires. Leur marche rapide et leur acuité, montrent qu'elles sont inflammatoires et siégent exclusivement dans le périoste du crâne. Discrètes ou confluentes, elles en occupent ordinairement la moitié inférieure. Dans la syphilis acquise chez l'adulte, ces tumeurs ont une tendance spontanée à la résolution qui est encore provoquée par le traitement, et elles disparaissent ainsi assez vite sans laisser de traces. Abandonnées à elles-mêmes, leur durée varie de quatre à six semaines ; mais un traitement approprié l'abrége. Dans la syphilis héréditaire des enfants, au contraire, leur processus est plutôt nécrobiotique et suppuratif.

Elles se produisent également sur les côtes, les cartilages costaux et le sternum et, par les douleurs névralgiques qu'elles provoquent, elles causent souvent la dyspnée, l'asthme des premières phases de la syphilis.

Dès les premiers jours de l'infection constitutionnelle, quinze jours même après le début du chancre infectant et avant l'apparition des accidents cutanés et muqueux, des périostoses ou exostoses peuvent survenir spontanément sur d'autres points du tissu osseux; le tibia en est le plus souvent le siége, et elles sont plus précoces, communes et fréquentes dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, dans les pays chauds que dans les climats tempérés, mais en conservant toujours les mêmes caractères. Le pronostic de la syphilis en est toujours aggravé. (*Gaz. des hôp.*, 1872.)

PÉRITOINE. — Voy. Nerfs.

PÉRITONITE. Sous le nom de *péritonite maligne*, le professeur Duncan (d'Édimbourg) relate les accidents survenus dans deux cas de cancer diffus du péritoine, vérifiés par l'autopsie, chez deux femmes admises à l'Infirmerie royale, l'une âgée de quarante-deux ans et l'autre de cinquante-trois. Il montre par là la rareté de ces cas et les difficultés du diagnostic. Mais il est évident que cette péritonite n'est qu'un symptôme et non une maladie spéciale. Elle serait donc mieux nommée *péritonite cancéreuse*. (*Med. Times*, octobre.)

Péritonite puerpérale. *Essence de térébenthine.* Les succès du docteur Copeman sont bien supérieurs à ceux obtenus par M. Vidal (voy. *année* 1872). Devant les bienfaits qu'ils en ont obtenus aussi, les médecins de Suffolk lui en ont témoigné collectivement leur reconnaissance. Voici le résumé des trois séries d'observations publiées :

1re série.	22 cas	6 décès	15 guérisons
2e série.	36	13	23
3e série	22	5	17
Totaux. . . .	80 cas	24 décès	55 guérisons.

Il l'emploie même avec succès dans la *phlegmatia alba dolens.* (*Idem.*)

Péritonite suppurée. Chez deux enfants de dix et de douze ans, atteints de péritonite purulente, la rupture se fit par l'ombilic deux mois après le début, et la guérison eut lieu malgré toutes les graves complications d'une pareille terminaison. Le drainage a été dans ces cas d'un puissant secours. (*Alger médical*, n° 1.)

Péritonite consécutive. A la suite de la ponction d'un épanchement pleurétique gauche, ayant donné 4 litres de sérosité, chez un soldat de vingt-cinq ans, malade depuis quinze jours, M. Villemin observa, deux jours après, l'apparition d'une douleur vive dans l'hypochondre gauche avec vomissements, fièvre intense et mort en quelques jours.

L'autopsie montra les deux faces du diaphragme garnies de fausses membranes sans traces de lésion du trocart, ni de tubercules. Le péritoine dans tout l'hypochondre gauche était enflammé. Ainsi, se trouve confirmée cette assertion des auteurs du *Compendium*, que les pleurésies diaphragmatiques peuvent provoquer une péritonite. M. Hérard a vu aussi une péritonite mortelle se déclarer deux jours après l'empyème. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n° 44.)

C'est donc là une complication rare, sans doute, mais dont il ne faut pas s'étonner, et qu'il est possible d'assimiler jusqu'à un certain point aux péritonites par propagation.

Péritonite blennorrhagique. Forme spéciale de la *péritonite par propagation* due principalement aux maladies véné-

riennes (voy. *année* 1870). Un jeune homme entre à la clinique chirurgicale de la Charité, se plaignant depuis quatre jours de coliques sans diarrhée dans l'hypogastre et le flanc droit, avec vomissements verdâtres, inappétence et fièvre, pouls à 95. Pression douloureuse de l'hypogastre sans ballonnement.

Une péritonite est diagnostiquée, mais quelle en était la cause ? M. le professeur Gosselin apprend alors qu'un écoulement existe depuis trois semaines. Il explore la prostate et détermine de la douleur au niveau du col des vésicules séminales. L'épididyme droit, sans être gonflé, était douloureux à la pression. Le trajet inguinal et sous-inguinal du cordon était le foyer principal des douleurs ressenties. Un traitement antiphlogistique énergique est institué, 12 sangsues et calomel, et tous les symptômes péritonéaux disparaissent, en même temps qu'une épididymite se déclare et dont le malade guérit.

Deux cas analogues, suite d'orchite blennorrhagique, ont été rapportés où l'inflammation s'était propagée ainsi au péritoine par le canal déférent. La mort s'en est suivie. On doit donc se tenir pour averti, et en pareil cas intervenir énergiquement pour triompher de cette péritonite par propagation. (*Gaz. des hôp.*, n° 55.)

Péritonite rhumatismale. Admise jusqu'ici hypothétiquement par analogie et induction plutôt que par démonstration. Les auteurs classiques ne la signalent que comme possible, probable, à la suite des rhumatismes du péricarde, de la plèvre, des méninges. Aussi l'histoire en est-elle encore à faire. C'est ce que M. le docteur H. Desplats a fait dans un mémoire, lu à la Société médicale d'émulation, à propos d'une nouvelle observation recueillie à l'hôpital Necker sur un forgeron de trente et un ans. Ici les symptômes de la péritonite succèdent à des douleurs générales, surtout des muscles, une orchite survient, puis du purpura, et le malade meurt. On ne trouve pas de liquide péritonéal à l'autopsie, mais des fausses membranes existent, surtout en bas, où l'inflammation paraît s'être développée. C'était donc une pelvi-péritonite dont la nature rhumatismale n'est pas évidente.

Aussi, rappelant l'observation antérieure où la péritonite précède les douleurs articulaires, une autre de M. Andral, où ces douleurs au contraire se transportent comme par métastase sur le péritoine, puis d'autres faits glanés ici et là, il conclut

que tout ce qui a été dit des inflammations rhumatismales de la plèvre et du péricarde peut être appliqué à celles du péritoine, avec de la bonne volonté sans doute, mais sans que la démonstration soit aussi évidente pour un esprit impartial. C'est un sujet à étudier. (*Union méd.*, n° 89.)

PHAGÉDÉNISME. *Chloral.* A l'exemple du docteur Francisco qui l'a employé avec succès contre 69 ulcères invétérés qui avaient résisté aux caustiques les plus énergiques, et notamment 5 ulcères phagédéniques, guéris dans un espace de dix-huit à vingt-neuf jours, M. Dujardin-Beaumetz en a fait usage contre deux ulcérations symétriques des fesses, dont la marche envahissante, rapide, ressemblait à celle du chancre phagédénique. Une solution au 50e d'hydrate de chloral en amena la cicatrisation en un mois.

Dans une plaie à marche envahissante occupant toute la région inguinale droite, chez une femme placée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau, que rien ne modifiait, une solution chloralée au 100e en a déterminé la cicatrisation en quinze jours. (*Soc. méd. des hôp.*, avril, et *Union méd.*, nos 62 et 63.)

PHIMOSIS. Un signe de l'existence d'adhérences balano-préputiales, qu'il est souvent impossible de diagnostiquer chez les petits enfants avant l'opération, est, suivant M. Duplay, la difficulté d'uriner sans que le méat fût d'une étroitesse qui l'explique. Il en a toujours trouvé dans ce cas.

Il opère alors avec ou sans pince, en deux temps : excision du limbe préputial cutané, puis division de la muqueuse ensuite, sur une sonde cannelée, jusqu'au sillon, en ébarbant l'angle des lambeaux. Il panse ensuite avec des serres-fines. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, juin.)

Prophylaxie. Devant les accidents, les mauvaises habitudes que le phimosis peut faire naître, M. le professeur Trélat conseille de n'opérer les enfants de trois à sept ans que dans le cas où il est très-prononcé, déterminant ou non des balanites urineuses ou la masturbation. Il ne s'agit pas des cas où la circoncision, un simple retranchement du prépuce suffit, mais de sa division entière. En dehors de ces cas d'urgence, il préfère différer l'opération jusqu'à l'âge où les organes génitaux sont

mis en œuvre, soit de dix-huit à vingt-cinq ans. Elle est alors infiniment plus simple et guérit mieux. Il y a encore urgence chez certains vieillards tourmentés par d'anciennes balanites. (*Bull. de thér.*)

Dilatation avec l'éponge préparée. Après s'être assuré du siége des chancres ou ulcérations qui peuvent avoir déterminé le phimosis, le docteur W. Gillette, s'il ne peut les mettre à nu, introduit, dans le prépuce, une éponge préparée, taillée en cône comme on le fait pour le col de l'utérus. Mis en usage depuis longtemps dans sa clinique de l'hôpital de la Charité, ce moyen simple et facile lui a permis de ne plus recourir au bistouri. Il a également réussi dans la balanite blennorrhagique et contre le phimosis congénital avec une dilatation graduelle et prolongée. (*The Amer. Journ. of syphil. and derm.*, avril.)

Ce serait là évidemment un moyen précieux d'éviter l'auto-inoculation dans les phimosis syphilitiques, une opération toujours délicate et souvent une déformation consécutive et désagréable. Mais peut-il réussir aussi souvent que le dit l'auteur? C'est douteux. Il serait préférable aux pinces dilatatrices qui déterminent ordinairement un certain traumatisme. On pourrait le tenter de préférence dans les cas de phimosis congénital, sauf à le rendre curatif par la section sous-muqueuse et cutanée du sphincter qui n'a jamais été ni proposée ni exécutée. Dans tous les cas, on favorisera la dilatation par des onctions belladonées comme nous l'avons souvent fait avec succès.

PHOSPHORE. *Action sur l'organisme.* D'un fait clinique, le docteur Wegner a été conduit à rechercher expérimentalement cette action. Amputant la cuisse d'un fabricant d'allumettes, il fut frappé de l'épaississement et de l'adhérence du périoste d'une part, de la rapidité de la nécrose et de l'ostéo-myélite consécutives, d'autre part. Il administra donc le phosphore à des lapins, soit en pilules, soit en vapeurs, et voici les résultats obtenus.

A très-faible dose, il n'y a pas de troubles gastriques sensibles. Autrement, la muqueuse est hypérémiée et devient le siége d'infarctus; puis apparaissent les hémorrhagies, les ulcérations; la muqueuse se tuméfie, double et triple même d'épaisseur, s'indure et brunit. On y trouve des dépôts de matière pigmentaire au microscope.

Par son usage prolongé, il résulte une véritable cirrhose du foie avec atrophie de l'élément glandulaire et induration du tissu interstitiel.

L'action directe et locale des vapeurs de phosphore sur les os détermine des périostites et des nécroses du tibia blessé. Et, tandis que les faibles doses n'agissent pas sur l'estomac, il y a, sous leur influence, production exagérée du tissu compact osseux évident, au niveau des cartilages épiphysaires, à la diminution du canal médullaire et démontré par le microscope sous la surface périostée. Toutefois, le rapport des substances organiques et inorganiques osseuses n'est pas sensiblement modifié. (*Arch. für pathol. anat. und phys.*, 1872.)

Ces expérimentations confirment donc l'action élective du phosphore sur les os, mais en la précisant, de même que l'action sclérotique sur le foie et l'estomac.

Empoisonnement. *Signe fourni par les urines.* M. le docteur Poulet conclut que le phosphore absorbé par les voies digestives est éliminé par les urines à l'état d'acide hypophosphorique. La présence de cet acide dans le liquide urinaire est aisément décelée par la calcination, précédée du traitement à l'aide de l'acide nitrique pur. A l'approche de la siccité, on voit apparaître un phénomène des plus remarquables : le mélange prend feu tout à coup, comme un paquet d'allumettes chimiques. L'empoisonnement par le phosphore, surtout l'empoisonnement lent, peut être, et a été effectivement confondu avec certaines maladies internes toutes spontanées, au nombre desquelles la gastrite et la dégénérescence graisseuse du foie tiennent le premier rang. L'analyse des urines, par un procédé d'ailleurs très-facile et à la portée de tout le monde, fournit un signe certain au diagnostic médical, et peut, le cas échéant, éclairer le médecin légiste et le mettre sur la voie de la terrible vérité. A l'avenir, il ne sera donc plus permis de négliger un si précieux moyen d'investigation. Il est possible, à une intention criminelle, de simuler plus ou moins parfaitement une maladie interne, inflammatoire ou autre, en prolongeant la vie et le martyre de la victime, par le fractionnement froidement calculé des doses. Par là, se réalise un double résultat également fâcheux : le crime le plus exécrable reste impuni, et la thérapeutique est dévoyée complétement, au grand détriment du patient. (*Acad. des sciences.*)

PHTHISIE. *Unité anatomique.* Laennec ayant observé à l'œil nu que les diverses lésions de la phthisie aboutissent toutes à une dégénérescence identique : l'état caséeux et la destruction consécutive, avait conclu à leur unité de cause et de nature. La même idée s'est imposée à Louis, Cruveilhier, Andral, ses successeurs, et à toute l'École française.

L'emploi du microscope dans l'analyse histologique des lésions de la phthisie pulmonaire a changé tout cela. A la granulation de Bayle, caractéristique de la maladie, et que les anatomo-histologistes allemands assimilent aux ganglions lymphatiques par sa structure, se sont ajoutées diverses espèces de pneumonie caséeuse dont l'exsudat, au lieu de se résorber, comme dans la pneumonie commune, devient gélatiniforme, par une dégénérescence colloïde de ses éléments, ou caséeuse par une atrophie avec dégénérescence granulo-graisseuse des cellules.

De là la dualité de la phthisie édifiée par Virchow et la plupart des médecins allemands. Ne voyant que la matière, sans considérer les conditions ni les circonstances où ils l'observaient, ils en ont fait deux maladies distinctes. La péri-bronchite, la pneumonie caséeuse étant séparées du tubercule et toute lésion siégeant dans les alvéoles pulmonaires étant rapportée à la pneumonie caséeuse, la granulation tuberculeuse du poumon devient une exception très-rare dans le laboratoire de Berlin. Une statistique, dressée par les élèves, trouve, sur 100 autopsies de phthisiques, 90 cas de pneumonie caséeuse sans granulations (Cölberg) et 123 cas sur 139 autopsies d'après Slavjansky. C'est donc 26 cas seulement de tuberculose sur 239 autopsies.

Mais la suite montra bientôt la subtilité et le néant de ces distinctions nosologiques. Virchow lui-même et ses adhérents se sont contredits en les érigeant, car, si la granulation tuberculeuse ne naît que dans le tissu conjonctif, il faudrait en exclure toutes celles qui siégent dans les alvéoles pulmonaires. Hérard et Cornil ont d'ailleurs montré, dans leur *Traité de phthisie pulmonaire,* que les granulations étaient constantes à l'autopsie, qu'elles fussent primitives ou consécutives à une pneumonie caséeuse.

Villemin qui, sous l'empire des doctrines allemandes, avait accepté la dualité anatomique de la phthisie, l'abandonna bientôt lorsqu'il découvrit que l'inoculation de la pneumonie caséeuse aux cobayes et aux lapins réussissait aussi facilement que celle

des granulations. Leur identité est démontrée par ce fait. Si des tubercules ont été produits par d'autres expérimentateurs chez le lapin, avec des matières en putréfaction et même un simple traumatisme, c'est que, chez cet animal, tous les noyaux d'inflammation purulente ont une grande tendance à revêtir l'aspect caséeux. Les expériences de Chauveau, au nombre de cinquante environ, faites sur des vaches, des génisses et des chevaux, prouvent qu'une seule matière produit la tuberculose chez ces animaux : celle de la granulation ou de la pneumonie caséo-tuberculeuse de l'homme.

Dans son travail sur la pneumonie caséeuse, Lépine conclut aussi qu'elle reconnaît la même cause diathésique que les tubercules, qu'ils soient unis ou séparés.

Après de nombreuses recherches histologiques faites au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux, dont il est le chef, le docteur Grancher établit dans sa thèse sur l'*Unité de la phthisie* (Paris, 1873), que les néo-formations de petites cellules embryonnaires, constituant la granulation, sont constantes dans tous les cas de phthisie, sous forme de nodules ou d'infiltrations auxquels il attribue la même valeur qu'à la granulation. Il a toujours vu les pneumonies caséeuses associées à des granulations typiques et à des infiltrations du poumon, par ce tissu cellulo-embryonnaire analogue à la granulation. Ces deux formes anatomiques sont toujours réunies sur le même sujet. Leur cause est la même, comme l'état caséeux leur terme commun, et la phthisie reste ainsi unitaire.

De l'unité de la phthisie. Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Grancher, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Les recherches du docteur Thaon, faites au laboratoire d'histologie du Collége de France, aboutissent à la même conclusion. Sur deux cent cinquante autopsies de tuberculeux, il n'a pas trouvé un seul cas de pneumonie caséeuse essentielle. Il décrit le premier une infiltration granuleuse génératrice de la granulation que d'autres avaient pris pour de la pneumonie. Les tubercules infiltrés ou confluents se confondent dans cette infiltration. — Voy. Tuberculose.

C'est pour avoir exclusivement attribué à la pneumonie toutes ces néo-formations des alvéoles que Virchow et ses élèves ont

trouvé une si faible proportion do granulations confluentes ou infiltrées. En montrant leur filiation et leur similitude, les jeunes histologistes français ont rétabli l'unité de la phthisie de leurs prédécesseurs, et qui est une véritable découverte française.

Les histologistes allemands, élèves même de Virchow, sont d'ailleurs loin d'être d'accord sur ce sujet. Sur trente-six cas de pneumonie caséeuse, Klebs n'en a trouvé que cinq sans granulations. C'est donc la condamnation de la division arbitraire du maître.

Quant à attribuer la pneumonie caséeuse à une simple inflammation, comme Broussais, ou à une hémoptysie, ainsi que le soutiennent Buhl et Niemeyer, pour mieux la distinguer de la tuberculose, c'est là une doctrine qui ne supporte pas l'examen clinique. M. Jaccoud aussi, qui est le seul en France, avec M. Empis, à soutenir l'essentialité des granulations, en distingue la pneumonie caséeuse par sa curabilité. La rareté extrême des guérisons, devant la fréquence de cette pneumonie, montre assez l'inanité de cette prétention. La vérité est que la curabilité de la phthisie, tubercules et pneumonies, consiste tout simplement dans le peu d'étendue, la limitation des lésions, comme l'ont proclamé MM. Hérard et Cornil. Le caractère torpide de la maladie, la résistance du malade font le reste. (*Revue scientifique*, n° 37.)

Une longue et solennelle discussion à la *Pathological Society* de Londres, soulevée par M. Wilson Fox, en mars dernier, a aussi été, en définitive, un hommage rendu à l'unité de la phthisie, selon la doctrine française. Tout en reconnaissant la forme anatomique spéciale de la granulation grise, M. Fox conteste qu'elle soit la forme typique et unique du tubercule, comme le prétendent Virchow et ses adeptes. D'abord parce qu'elle existe très-rarement seule et se rencontre toujours, au contraire, associée aux autres formes crétacée et caséeuse de la phthisie. Et, tout en adoptant l'étiologie inflammatoire de celles-ci, surtout dans les muqueuses et les séreuses, renouvelée de Broussais par les Allemands, il ne voit que des formes distinctes d'une maladie unique. Pour lui, les caractères anatomiques sont identiques. Dans la tuberculose aiguë, le tissu lymphoïde ou adénoïdo ne se trouve pas seulement dans la granulation grise, mais encore dans l'infiltration diffuse de cellules épithéliales des parois alvéolaires et ces collections de cellules géantes qui remplissent les alvéoles, considérées comme des produits in-

flammatoires. Dans les autres organes, les méninges et le mésentère notamment, on trouve aussi des produits tuberculeux et inflammatoires combinés. L'inflammation peut se développer d'abord et le tubercule ensuite, le plus souvent ils se développent simultanément.

L'unité pathologique, sinon histologique du tubercule, reconnue ainsi par M. Fox, est proclamée hautement par M. Bastian, malgré les différentes formes qu'il affecte. Son critérium, pour M. Fox, est dans la présence du tissu adénoïde. Il le trouve dans tous les cas de phthisie, aussi bien que dans la tuberculose aiguë, et attribue la dégénérescence caséeuse à son influence, de même que les transformations fibroïdes qui lui semblent caractéristiques. Mais il est vivement contredit en cela par les docteurs Bastian, Beale et Moxon. Renouvelée de l'école physiologique qui faisait dériver la phthisie d'une irritation primitive des ganglions, cette origine lymphoïde paraît, à M. Bastian, résulter des tentatives expérimentales faites dans ces dernières années pour produire artificiellement le tubercule ; mais ce n'en était pas plus là que l'adénie de Trousseau.

L'irritation du globule lymphatique ne peut le convertir en globule tuberculeux. Aussi M. Fox s'est-il vu obligé d'expliquer qu'il n'entendait pas dire par là qu'il y eût identité de tissu du tubercule avec celui du ganglion lymphatique, puisque le tissu dans lequel il prend naissance, la glande, est vasculaire, tandis que le tubercule ne l'est pas. Il n'y a qu'un degré plus ou moins grand de ressemblance.

Suivant M. Beale, le tubercule est un produit spécifique, qui présente un développement différent suivant les conditions où il se développe. M. Pollock admet aussi explicitement cette spécificité, et si MM. Powell et Cayley la limitent à la granulation grise en admettant, avec les Allemands, que les autres formes du tubercule peuvent résulter d'une inflammation commune, on peut dire que cette discussion a plutôt fortifié qu'ébranlé cette doctrine toute française.

Oblitération des cavernes. En en étudiant le mécanisme, M. le docteur Williams a constaté qu'elles se rencontrent chez six phthisiques sur cent arrivés à la troisième, et que les cavernes se comblent de quatre manières :

1° La dilatation des alvéoles pulmonaires autour de la caverne oblitérée ;

2° L'expansion de l'autre poumon ;

3° Le déplacement des organes voisins : le cœur, le foie, l'estomac, la rate ;

4° L'affaissement des parois de la poitrine.

L'affaissement de la paroi pectorale, considéré comme un phénomène très-précoce et essentiel dans ces cas, survient tardivement, selon l'auteur. Le déplacement des divers organes, surtout celui des organes abdominaux, suffit, pour combler le vide, au moins pendant quelque temps. Ces modifications s'opèrent de deux mois à deux ans et ne sont pas toujours salutaires pour le malade. Les déplacements peuvent être tels, en effet, que la circulation et la respiration en soient fortement gênées, entraînant ainsi une aggravation dans l'état morbide et la mort. D'ailleurs, même quand ces déplacements paraissent avoir eu quelque utilité, les malades sont toujours mis en danger par la tuberculisation elle-même. (*Med. Soc. of London.*)

Études générales et pratiques sur la phthisie, par M. Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, inspecteur des Eaux-Bonnes. Ouvrage auquel la Faculté de médecine de Paris a décerné le prix de 10 000 francs sur la phthisie, fondé par M. le docteur Lacaze. Un volume in-8° cartonné à l'anglaise.

Ouvrage purement doctrinal, établissant que la phthisie n'est pas une maladie qui commence, mais une maladie qui finit ; doctrine formulée déjà depuis longtemps. Ses formes et ses processus infiniment variés viennent se perdre et se confondre dans une terminaison identique. Diathésique, héréditaire ou individuelle à son origine, empruntant à tous les états pathologiques quelques-uns de leurs éléments, aiguë et chronique à son heure, elle tient son unité d'un seul caractère : une dégradation intérieure profonde et plus ou moins latente des forces nutritives élémentaires.

Cette définition longue et toute explicative n'explique guère ce qu'est la phthisie, car cette dégradation s'applique à bien d'autres maladies cachectiques sans tubercules. Dire que celui-ci naît du tissu conjonctif où le système lymphatique prend lui-même naissance n'est pas davantage montrer la cause du tubercule. C'est un processus indéfini, sans analogue, n'ayant pas sa raison d'être dans la semence, par conséquent ni spéci-

fique, ni parasitaire. Le terrain seul le détermine par la prédisposition qu'il cache.

Ce gros livre n'explique donc rien et n'avance rien, c'est une libre causerie, semée d'aperçus ingénieux, de vues originales et voilà tout. Il ne contient rien de précis ; aucune idée pratique ni thérapeutique nouvelle ne s'en détache.

Traitement. *Atropine.* Au lieu d'applications topiques de la belladone ou d'injections hypodermiques de son alcaloïde contre les sueurs (voy. *année* 1872), on donne celui-ci par la voie gastrique à l'hôpital de Bellevue à New-York. Un milligramme de sulfate d'atropine est administré trois fois par jour ou un demi-milligramme en se mettant au lit.

Vomissements. L'action anesthésique du bromure de potassium sur l'arrière-gorge a été mise à profit par M. Woillez chez les phthisiques. Dans les cas de vomissements habituels, il passe rapidement dans le pharynx, avant les repas du matin et du soir, un pinceau de charpie imbibé d'une solution de bromure de potassium à un tiers sur deux d'eau. Avec la précaution de ne pas expectorer immédiatement, les vomissements ont été arrêtés instantanément dans quatre cas, dès la première application, et dans cinq autres après plusieurs. C'est donc un moyen à essayer. (*Bull. de thér.*, novembre.)

Inhalation des vapeurs d'essences oxygénées. Guidé par les succès du camphre contre la pourriture d'hôpital, le docteur J. Chéron a généralisé cette idée en appliquant les vapeurs de ces essences à la cicatrisation des cavernes du poumon dans la phthisie chronique. A l'aide d'un petit appareil à comprimer l'air, construit sur ses indications par M. Collin, l'air chargé de ces vapeurs, notamment du *Laurus camphora* et du cèdre, de la camomille et de l'*Eucalyptus globulus*, est projeté dans les bronches.

Ces inhalations sont particulièrement indiquées dans la forme torpide et lente de la phthisie avec conservation partielle des forces, expectoration abondante avec toux et oppression. Une fièvre continue, intense, une grande faiblesse, la rapidité dans la marche de la maladie, l'émaciation les contre-indiquent. (*Gaz. hebd.*, n° 51, 1872.)

Bains tièdes. Employés par les anciens qui en ont rapporté des succès, ils ont été délaissés ensuite, sous prétexte qu'il est dangereux de prescrire des bains aux personnes atteintes de maladies de poitrine. La phthisie surtout en était une contre-indication formelle suivant la plupart des auteurs. Sous le contrôle de M. le professeur Lasègue, à l'hôpital de la Pitié, M. Souplet a de nouveau employé ce moyen réputé si dangereux. La température du bain était graduée de façon à être de 3 degrés au-dessous de celle du malade; on ajoutait de temps en temps de l'eau chaude pour maintenir une température à peu près constante. Leur durée était de vingt à quarante-cinq minutes, selon la fatigue et la sensation de froid qu'éprouvait le malade. On les donnait généralement de deux jours l'un. Dans les deux ou trois premiers bains, les malades éprouvaient un peu d'oppression, qui ne durait que pendant deux à cinq minutes. La toux se calmait, l'expectoration devenait plus facile, le pouls diminuait de fréquence et la température s'abaissait progressivement. Les frissons de la phthisie pseudo-intermittente ont été retardés, les sueurs nocturnes diminuées notablement et même supprimées. Après le troisième ou le quatrième bain, toux moins fréquente, sommeil meilleur; diarrhée diminuée et même arrêtée quelquefois. Dans 13 cas, dont 9 de phthisie, jamais on n'a observé d'inconvénient pouvant être attribué à l'usage du bain; on en a toujours retiré des avantages réels, comme les observations rapportées en témoignent. C'est donc là un encouragement à les employer comme calmant et révulsif tout à la fois. (*De l'emploi du bain tiède dans quelques maladies de poitrine et en particulier dans la phthisie pulmonaire.* Thèse inaugurale, par le docteur Souplet. Paris, mars 1873.)

Iodure de mercure. Au lieu de l'iodure de fer préconisé par Dupasquier et qui a eu tant de vogue, qu'il était presque devenu d'un usage général, le docteur Brachetti donne l'iodure de mercure aux différentes périodes de la phthisie. La dose est d'un centigramme et plus chez les adultes, uni à l'oxymel scillitique qu'il prépare en pilules. Les avantages en seraient tels qu'il regarde cet agent presque comme un spécifique. (*Gazz. med. venete*, mai.)

Hyposulfite de chaux. C'est un agent précieux, suivant

M. Polli (de Milan), dans les cas d'affection tuberculeuse au troisième degré, alors qu'il s'est formé des excavations dans le parenchyme pulmonaire. Il l'administre sous la forme de pastilles ainsi formulées :

℞	Hyposulfite de chaux.	100 grammes.
	Gomme adragant.	12 —
	Sucre blanc	1888 —
	Essence de néroli	10 gouttes.

F. s. a. des pastilles de 1 gramme à prendre de trois à six par jour.

Quand il y a des phénomènes d'anémie profonde, de chlorose, de dysménorrhée, on ajoute à chaque pastille 5 centigrammes de lactate ou de phosphate de fer. (*Union méd.*)

Phthisie fibroïde. Cette forme spéciale, que le docteur Pollock assimile à la phthisie scrofuleuse de Morton, tend à s'établir parmi les pathologistes anglais. Elle résulterait de la transformation des granulations adénoïdes des parois alvéolaires. Si le tissu adénoïde produit la cessation rapide de la circulation capillaire, la *caséation* en résulte ; si elle est lente, au contraire, c'est la dégénérescence fibroïde qui s'opère. Cette explication de M. Fox est adoptée par M. le docteur Green. En général, on la considère comme résultant de l'hyperplasie du tissu connectif avec développement imparfait du nouveau tissu fibreux produisant l'induration. La pneumonie caséeuse en serait la cause ordinaire ; les cavernes et les masses caséeuses indurées agiraient ensuite comme irritant sur le tissu connectif environnant. Ces altérations fibroïdes s'étendent lentement. Parfois, la caverne se vide, le tissu induré cesse de s'étendre, il se resserre en formant une espèce de cicatrisation. Pour M. Williams, ces parties constituantes proviennent plutôt du plasma sanguin que du tissu connectif, mais la *contraction* (resserrement) en serait le caractère distinctif. Il est donc évident que cette espèce particulière, niée par MM. Moxon et Cayley, n'est pas encore généralement admise.

M. le docteur L. Thâon, qui, par sa thèse récente sur l'*Anatomie pathologique de la tuberculose*, s'est montré des plus compétents en cette matière, a vu, dans les 250 autopsies de phthisiques faites en 1871 et 1872, qu'un tiers des phthisiques environ succombaient à cette infiltration grise, scléreuse, qui envahissait leurs poumons jusqu'à ne laisser qu'un champ respiratoire

minime ; mais ces lésions coïncidaient toujours avec d'autres vraiment tuberculeuses, granulations et pneumonie caséeuse. *Seule et isolée*, cette infiltration n'aurait aucune valeur, car elle se rencontre également dans la phthisie des rémouleurs, dans la phthisie des ouvriers qui préparent la soie, et, en somme, dans tous les cas où il y a une irritation permanente dans les poumons ; mais on ne peut nier qu'elle acquière une grande importance dans la phthisie en raison de sa fréquence. Il a également rencontré une variété de granulations appelées *fibreuses* ou de Bayle, et qui reviennent à cette forme. — Voy. TUBERCULOSE.

Ce n'est donc pas là une espèce spéciale, mais une forme particulière, terminale, qui détermine souvent la mort. Nos voisins et confrères d'outre-Manche ont à revenir là-dessus comme sur l'origine adénoïde du tubercule, cette autre erreur de M. Virchow. Avec leurs distinctions subtiles de la tuberculose et de la phthisie, fondées exclusivement sur l'histologie pathologique et la microscopie, les Allemands ont mis le trouble dans l'interprétation simple et lumineuse de Laennec. Mais la clinique reste, et l'École française ne cède pas si facilement ses droits. Que la granulation grise de Bayle soit primitive, isolée, unique, ou que la pneumonie caséeuse la précède, l'accompagne ou la suive, le résultat clinique n'en est pas moins fatalement le même : la destruction et la mort

Phthisie nervosique. Contrairement à l'École française, les médecins anglais sont si enclins à admettre plusieurs variétés, sinon des espèces différentes de phthisie, que outre la phthisie fibroïde ou scrofuleuse, ils admettent la phthisie hémorrhagique (voy. *année* 1868). Le docteur Clifford Albutt en crée encore une autre variété nosologique correspondant à la phthisie nerveuse des anciens ; c'est la phthisie des névropathiques qui ont une constitution névralgique, le tempérament nerveux, le caractère irritable, emporté, l'esprit vif et pénétrant, c'est-à-dire une grande impressionnabilité physique et morale, une intelligence précoce et ardente. Les jeunes gens à peau fine et blanche, aux cheveux fins et doux et les mieux doués de la nature y sont spécialement prédisposés.

Les maladies nerveuses sont héréditaires dans leur famille, on retrouve chez leurs ascendants des exemples d'asthme, d'épilepsie, de chorée, d'aliénation mentale, de bégaiement, d'incontinence d'urine et des névralgies diverses.

Les causes appréciables sont le plus souvent morales, un amour contrarié, une déception sont les plus ordinaires, sans rhume ni catarrhe antérieurs. L'appétit et les forces diminuent, la fièvre commence, les muqueuses rougissent et se sèchent. La famille s'inquiète, le médecin examine et ne trouve rien dans la poitrine, et ce n'est qu'ensuite qu'une induration, développée brusquement, se découvre au sommet, sans aucune influence physique extérieure. Elle marche ensuite avec une grande rapidité. En quelques semaines, le poumon s'excave et la mort survient. A l'autopsie, l'auteur a rencontré, le plus souvent, une pneumonie caséeuse sans tubercules ; les granulations sont rares. (*Med. Times*, n° 40, 1872.)

On voit que cette espèce ne diffère des autres que par sa pathogénie que l'auteur place, sans preuves, dans le système nerveux. La plupart des phthisiques jeunes sont ainsi très-nerveux et même névropathiques en raison de leur prédisposition, mais la marche de la maladie n'est pas toujours aussi rapide chez eux et souvent il n'est pas possible d'en trouver d'autre cause que l'hérédité. C'est donc une superfétation.

Phthisie laryngée. L'angine chronique, rattachée par M. Isambert à la diathèse scrofuleuse et caractérisée par des granulations grises disséminées de la gorge, serait, au contraire, un symptôme de la phthisie granuleuse. C'est ainsi que le sujet de l'observation IV de son mémoire est mort de phthisie galopante et qu'un second malade est mort avec les poumons farcis de granulations grises, exactement semblables, micrographiquement, à celles du voile du palais, de la luette et de toute la surface pharyngo-laryngée. Cette identité permet donc de rattacher nettement cette forme morbide à la tuberculose. C'est une seconde forme de la phthisie laryngée qui répond à la granulation grise du poumon. Elle diffère de la première par son apparence, son siége, sa marche. Au début, c'est une pharyngite ; la granulation grise, développée sur la muqueuse, se ramollit, se détruit, en formant une petite ulcération périphérique ; tandis que la laryngophymie vulgaire est une maladie intra-laryngienne dès le début, procédant par ulcérations profondes, par périchondrites, par nécrose des cartilages laryngiens, et répond à la phthisie pulmonaire chronique se terminant par des cavernes. Le larynx n'est atteint que secondairement par les granulations et le malade ne meurt pas par

l'œdème ou le rétrécissement de la glotte, comme dans la première, mais il périt avant la production de ces lésions par les progrès de la diathèse pulmonaire, l'inanition, résultant de la dysphagie extrême produite par les ulcérations pharyngiennes et le marasme général. Ces deux formes sont donc aussi distinctes cliniquement que pathologiquement. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1872.)

PHYSIOLOGIE. *Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux*, par le docteur Poincarré, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8° de 395 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris.

Text book of Physiology (Cours de physiologie générale spéciale et pratique), par le professeur Hughes Bennett de l'Université d'Edimbourg. 1 vol. de 606 pages in-8°, avec 21 planches. L'originalité de ce livre est dans la doctrine *moléculaire* de son auteur et la contradiction de la doctrine *cellulaire* de Virchow. Pour M. Bennett, les tissus organiques sont formés et se forment incessamment de débris moléculaires de ceux qui disparaissent. C'est un renouvellement continu.

Handbook for the Physiological laboratory (Manuel pour le laboratoire physiologique), par M. Burdon Sanderson. 1 vol. de 583 pages avec un atlas de 123 figures. Londres.

Divisé en 4 sections, cet ouvrage, fait surtout pour répandre le goût des expériences physiologiques parmi les médecins anglais et fonder la médecine scientifique, traite de l'histologie, par M. Klein ; de la physiologie de la circulation, de la respiration et de la chaleur animale, par M. Burdon Sanderson ; des nerfs et des muscles, par M. Foster, avec les applications de l'électricité, de la digestion et de la sécrétion, par M. Brunton. Ouvrage élémentaire par excellence, il est surtout destiné aux élèves et aux nombreux médecins qui désirent entrer dans la nouvelle voie.

PIED. *On the operative surgery of the foot and angle-joint* (chirurgie du pied et du talon), par H. Hancock, président du Collége royal des chirurgiens anglais, etc., 1 vol. in-8° de 476 pages, Londres. Extension des leçons faites par l'auteur en 1865, sur ce sujet qui lui est si particulier. Après un cha-

pitre anatomique, les opérations de Chopart, Syme, Pirogoff, de Lignerolle et celle qui a illustré le nom de l'auteur sont successivement décrites et examinées comparativement avec les observations, les statistiques à l'appui. L'excision de l'astragale est aussi examinée et illustrée par des gravures. C'est donc un traité complet et séparé de cette chirurgie des régions, comme les Anglais ont l'habitude de les publier. — Voy. MAL PERFORANT.

PLACENTA. *Vacuité de l'utérus.* Elle serait une cause d'impossibilité d'extraction du placenta, suivant le docteur Lauder (de l'Ohio); cause non signalée par les auteurs. On jugera si elle est bien réelle.— Appelé près d'un femme qui ne pouvait être délivrée, une heure et demie après son accouchement, il trouva une portion du placenta attenant au cordon sur laquelle la sage-femme avait épuisé tous ses efforts, formant une saillie conique, dure, étroitement engagée dans le col. Les tractions accompagnées de pression externe sur l'utérus, de dilatation du col, n'eurent aucun effet. Ayant l'idée que le vide était la cause de cette rétention, il perfora la partie saillante du placenta et aussitôt l'expulsion spontanée eut lieu. (*Western Lancet*, mai.)

Danger de son extraction après la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau cas de mort par hémorrhagie incoërcible, survenue à la suite d'une tentative de décollement du placenta, communiqué à la Société obstétricale de Londres par le docteur Meadows, a permis au docteur Barnes d'établir, par de nombreux exemples, que cette pratique s'est constamment montrée désastreuse, tandis qu'en le laissant sur place et en en confiant l'expulsion au temps, le succès s'ensuit toujours. Il ne faut donc pas toucher au placenta en pareil cas, que la gastrotomie soit primitive ou consécutive à la mort du fœtus. Ses adhérences sont si intimes et solides que toute tentative est injustifiable. (*London med. Record*, janvier.)

M. Lawson Tait a confirmé ce danger par une nouvelle observation de gastrotomie dans une grossesse rétro-utérine. Le placenta fut laissé en place et des injections de sulfite de soude ayant été faites dans le sac, toutes les huit heures, à l'aide d'un tube à drainage, le placenta fut ainsi expulsé par débris. La cavité se rétrécit ensuite et se cicatrisa. Ce fait

montre donc que le placenta peut être abandonné à la suppuration, tandis quo son extraction est d'une extrême difficulté et très-dangereuse. (*Royal med. and chir. Soc.*, février.)

Altérations syphilitiques. Fondé sur vingt cas de placenta syphilitique, le docteur Frankel résume ainsi ses observations :

I. Le placenta peut être atteint de syphilis et en présenter des lésions caractéristiques.

II. Ces lésions surviennent surtout dans la syphilis héréditaire ou congénitale du fœtus.

III. Leur siége diffère selon que la mère reste indemne et que le virus est communiqué directement à l'œuf par le père, ou que la mère est atteinte.

Dans le premier cas, les villosités placentaires, granulations cellulaires prolifèrent et dégénèrent avec oblitération consécutive et atrophie des vaisseaux, avec prolifération et épaississement fréquent de l'épithélium des villosités.

Quand la mère est syphilitique, trois conditions peuvent se présenter. Si la mère est infectée en même temps que le fœtus par l'imprégnation, une syphilis diffuse peut se développer dans les villosités placentaires par l'infection primitive des parties maternelles avec endométrite placentaire. Si la mère est infectée avant ou peu de temps après la conception, le placenta peut rester normal ou devenir malade sous la forme d'une endométrite placentaire gommeuse ou *decidualis*, suivant le sens plus limité de Virchow. Si la mère est infectée seulement à la fin de la grossesse, du septième au neuvième mois, il peut arriver que le fœtus aussi bien que le placenta soient indemnes, si le père était sain lors de l'imprégnation.

L'auteur met en doute l'infection possible du fœtus lors de l'accouchement par le contact des parties maternelles malades. (*Archiv für Gynœkol.*, avril.)

Placenta previa. *Expectation après tamponnement.* C'est toujours une position grave et embarrassante pour un praticien, non spécialiste, qui se trouve en présence d'une hémorrhagie utérine chez une femme en travail. Constater que cette hémorrhagie dépend d'une insertion vicieuse du placenta sur le col, n'est rien, c'est de la réprimer, de l'arrêter qu'il s'agit en sauvegardant la vie de la mère et de l'enfant.

Décoller le placenta et pratiquer rapidement l'accouchement

est une opération délicate devant laquelle recule un praticien non spécialiste, et qui peut même émouvoir celui-ci. Le précepte formel, absolu, du tamponnement en cas d'hémorrhagie ne semble applicable que momentanément. On l'applique donc et souvent bien incomplétement pour arrêter l'écoulement du sang et donner quelque répit à la patiente. Mais chaque contraction ramène l'écoulement du sang et il faut enlever l'appareil. Aucun auteur classique n'enseigne de le laisser à demeure jusqu'à la terminaison de l'accouchement. Une pareille terminaison spontanée est plutôt considérée comme accidentelle que raisonnée et volontaire.

Cette pratique a été suivie par M. le professeur Pajot, le premier, bientôt adoptée par M. le docteur Weill qui a soutenu récemment une bonne thèse sur ce sujet, et voici M. le docteur Bailly qui l'érige en méthode, dans les conditions suivantes :

Après avoir constaté que la présentation est normale, c'est-à-dire du sommet ou du siége et permet à l'accouchement de se faire naturellement, que les contractions sont assez fortes et régulières, que l'abondance de la perte et l'état de la femme ne permettent pas d'attendre plus longtemps, on doit immédiatement extraire les caillots et appliquer le tamponnement forcé, avec des bourdonnets de charpie bien tassés et imprégnés de cérat, plutôt que de substance styptique. Pour être efficace, au lieu de quelques bourdonnets mal tassés, ce tamponnement ne doit pas comprendre moins de 250 grammes de charpie et 300 grammes de cérat. On le soutient avec un bandage en T et même avec la main, à chaque contraction un peu forte ; si aucun accident ne se déclare, on attend que l'enfant le chasse devant lui. Ainsi soutenu, le tampon ne recule que peu à peu devant les progrès du fœtus ou du placenta, et maintient, jusqu'à la fin, les voies génitales complétement fermées.

A ces soins se réduit l'intervention de l'accoucheur dans cette méthode dite d'*expectation*. C'est donc là une opération facile et à la portée de tous ; tandis que décoller le placenta adhérent à l'orifice et extraire rapidement l'enfant par la version, exige du sang-froid, de l'expérience et une habileté opératoire qui ne se rencontrent pas toujours.

La supériorité de l'expectation sur l'intervention active, ressort des faits suivants : Sur 11 cas d'hémorrhagies graves, causées par l'insertion vicieuse du placenta, la version pratiquée dans 5, après tamponnement, a été mortelle pour deux femmes

après quelques heures. Les 6 autres, également tamponnées, sont accouchées spontanément, se sont rétablies promptement.

Mais le résultat est tout différent pour les enfants. Tandis que trois de la première catégorie ont été extraits vivants, tous ceux de la seconde étaient mort-nés. Quant au danger de l'hémorrhagie, l'*expectation* sauve donc mieux la vie des femmes que l'intervention chirurgicale. Le trouble apporté dans la circulation utéro-placentaire par la compression et le décollement prématuré du placenta produit, au contraire, une mortalité fœtale bien plus considérable que l'extraction de l'enfant au moment propice. C'est là un fait grave qui portera sans doute quelques accoucheurs à repousser cette pratique. Il s'agit de savoir, si ne pouvant sauvegarder également les deux intérêts de la mère et de l'enfant, lequel des deux doit l'emporter. La solution semble trop naturelle pour que l'*expectation* ne paraisse pas devoir être employée dans la généralité des cas. (*Gaz. des hôp.*, nos 8, 9, 10.)

Injections d'ergotine. Telle est la supériorité hémostatique du seigle ergoté que, dans un cas de *placenta previa*, c'est-à-dire inséré sur le col, des hémorrhagies renouvelées se manifestant à la fin de la grossesse, M. le docteur Boardman employa des injections hypodermiques d'ergotine, et put ainsi conjurer l'avortement ou l'accouchement prématuré pendant quinze jours, ce qui permit l'accouchement à terme d'un enfant vivant. (*New-York med. Record*, février.)

PLAIES. *Irrigations continues.* Dans trois cas de plaies articulaires très-graves, l'une de la rotule, l'autre de l'olécrâne, suite de fracture, le dernier de l'articulation radio-carpienne, observés dans le service de M. Désormeaux à l'hôpital Necker, en 1872, il a suffi d'établir des irrigations continues avec de l'eau dégourdie pour prévenir l'inflammation et amener rapidement la guérison. Ce résultat est donc en faveur de cet ancien mode de traitement des plaies graves, beaucoup trop oublié et négligé aujourd'hui. Ce n'est pourtant pas à dire qu'il soit un spécifique des plaies pénétrantes des articulations, car il a échoué dans deux autres cas, compliqués de lésions multiples. (*Union méd.*, n° 18.)

Plaies pénétrantes du genou. *Conservation.* On exécute

trop souvent l'amputation dans ces cas, suivant M. le docteur Guignet, et il tend à le prouver par huit nouvelles observations où la mort n'en a pas toujours été le résultat. Une statistique de 250 cas est en outre établie pour montrer que, dans le plus grand nombre, la guérison fut obtenue sans complications graves. Il n'y a donc pas lieu de recourir immédiatement à l'amputation, comme on le fait trop généralement. La résection serait préférable. (*Rec. de mémoires de méd. et chir. militaires*, 1872, p. 588.)

Plaies d'amputation. *Nouveau pansement*. — Voy. AMPUTATIONS.

Plaies gangréneuses et phagédéniques. — Voy. CHLORAL.

Plaies d'armes à feu. *Troubles de la sensibilité*. C'est une anesthésie fréquemment constatée par le docteur O. Berger dans des cas exempts de lésions des troncs nerveux, non-seulement autour de la plaie cicatrisée depuis longtemps, mais dans toute l'étendue du membre. La muqueuse externe buccale et nasale était affectée comme la peau. La sensibilité tactile était diminuée, de même que la sensibilité électro-cutanée. La sensibilité musculaire était intacte, mais la contractilité faradique déjà signalée était considérablement affaiblie. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1872.)

Rien de précis ni de déterminé dans ces observations. L'attention peut donc seulement en être appelée pour les compléter.

Plaie pénétrante du crâne. *Trépanation*. Le fait rare d'une balle prussienne fracturant le crâne dans la région occipito-pariétale gauche, à 8 centimètres en arrière et au-dessus du conduit auditif externe, n'amenant aucun symptôme grave et restant logée entre les esquilles de la fracture et les méninges, durant quatre mois et demi, sans effet dangereux, a été observé par M. le docteur Pilate (d'Orléans) sur le zouave Furet, dit Crépin. Blessé d'un coup de feu à la tête, le 4 décembre 1870, près d'Artenay, il tombe et perd connaissance, mais il se relève bientôt et prend de nouveau part à la bataille lorsqu'une balle l'atteint au coude droit qui l'amène à l'ambulance.

Il n'y avait aucun accident cérébral, sinon un peu de surdité à gauche et de la pesanteur de tête au réveil. Vers le 25 janvier, des accidents méningitiques fébriles se manifestent, mais trois jours après, le calme reparaît. Des esquilles sont extraites sans accident. Il se promène, mange et dort comme d'habitude. On ne pense même pas à la présence d'une balle. La persistance de la plaie fistuleuse, la sortie des esquilles et de corps étrangers, des portions d'os nécrosé et la présence d'un corps indéterminé perçu à l'exploration, éveillent les soupçons et l'on pratique la trépanation le 19 avril. On trouve une balle prussienne, à peine déformée, en contact immédiat avec l'os et avec des tissus bourgeonnants recouvrant la surface cérébrale. Aucune complication ne se montra, et l'opéré guérit parfaitement. Après être allé rejoindre son régiment en Afrique, il est revenu caserner à Montluçon. (*Bull. de thér.*, avril.)

Sans doute, le défaut de force d'impulsion de la balle a été ici la cause de son innocuité ; mais on s'explique difficilement qu'en ayant eu assez pour fracturer le crâne en esquilles, elle se soit ainsi arrêtée court et se soit logée là, sans produire plus de symptômes ni de lésions malgré son séjour prolongé.

Plaie unilatérale de la moelle épinière. Un garçon de vingt-deux ans reçoit un coup de couteau à gauche de la nuque et présente, quelques mois après, les phénomènes suivants à l'observation de M. Riegel : impuissance motrice à peu près absolue dans les membres gauches, avec diminution de volume et de température, tandis que ceux de droite sont à l'état normal et conservent le sens de la pesanteur ; paralysie des muscles intercostaux à gauche et rien à droite, enfin hyperesthésie telle de la peau, dans toute la moitié gauche du corps, au-dessous de la blessure, que le moindre attouchement y provoquait des contractions énergiques et un tremblement des membres paralysés, tandis que c'est de l'anesthésie du côté droit. Ce contraste est limité si exactement par moitié qu'il s'observe même sur le scrotum et le pénis, et ne dépasse pas le niveau de la blessure, c'est-à-dire la deuxième côte. Au-dessus, la sensibilité est normale à droite comme à gauche.

Pour combattre l'hyperesthésie et les contractions, l'arsenic fut administré par la voie gastrique sans résultat, mais les injections hypodermiques, au nombre de 26, diminuèrent notablement l'excitabilité, et le résultat fut que les pincements ne pro-

duisaient même plus de tremblement. (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 18, 1872.)

Ce fait remarquable est une confirmation des résultats obtenus sur les animaux par M. Brown-Séquard : à savoir qu'une blessure d'un côté de la moelle détermine la paralysie des parties situées au-dessous du même côté avec exaltation de la sensibilité cutanée, tandis qu'il y a anesthésie cutanée seulement du côté opposé. D'où cette conclusion : que l'entrecroisement des fibres nerveuses pénétrant dans la moelle par les racines postérieures se fait ainsi en remontant jusqu'à l'encéphale. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 23.)

PLEURÉSIE. Quoique le nombre annuel n'ait pas sensiblement varié dans les hôpitaux de Paris depuis 1867, M. le docteur E. Besnier fait remarquer que sa mortalité a presque doublé.

De 7,89 pour 100, en 1867, elle s'est graduellement élevée d'année en année jusqu'à 15,69 pour 100 durant le premier trimestre de 1873. Il est donc permis de se demander si le traitement par la thoracentèse généralement adopté, et surtout la thoracentèse hâtive, n'est pas la cause de cette augmentation de mortalité. Malheureusement, les statistiques n'éclairent pas cette question capitale. (*Union méd.*, n° 53.)

Mort subite. Chez un homme de quarante-huit ans, entré le 25 février à la Pitié avec un épanchement de tout le côté gauche et déviation du cœur, mais sans troubles généraux graves, M. Dujardin-Beaumetz se borne à un grand vésicatoire avec eau de Sedlitz ; lorsque, dès le quatrième jour, la mort arrive subitement et l'on trouve à l'autopsie un caillot dense, blanchâtre, enchevêtré, adhérant aux parois ventriculaires droites et se prolongeant dans l'artère pulmonaire qu'il oblitérait. Nouvelle preuve du danger de ces épanchements gauches qui, en amenant la déviation du cœur, en gênent la circulation et provoquent peu à peu ces caillots qui sont cause de la mort subite. L'indication de la thoracentèse, faite de bonne heure, est ainsi rendue plus positive, alors même que la faiblesse de la dyspnée ne semble pas même la commander. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 14.)

Obstacles à la résorption. Deux causes s'opposent, selon M. Johnson, à la résorption du liquide épanché dans la plèvre :

1° des fausses membranes fibreuses épaisses siégeant sur la face interne, isolant le liquide et le soustrayant à l'action résorbante des veines; 2° l'abondance du liquide et la pression qu'il exerce sur la plèvre qu'il distend. (*British med. journ.*, octobre.)

Sans discuter si les fausses membranes ont une action absorbante, l'utilité de la thoracentèse est du moins démontrée dans le second cas où, en faisant cesser la compression des vaisseaux, elle rend à l'absorption toute son activité, de même que par la paracentèse dans l'ascite.

Pleurésie rhumatismale. M. le professeur Lasègue désigne ainsi le cas suivant, observé à sa clinique de la Pitié. Cinq mois après des douleurs articulaires généralisées, traitées à l'Hôtel-Dieu, et après lesquelles elle conserva une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine, une jeune domestique de dix-neuf ans, lymphatique, délicate, éprouve un refroidissement après un savonnage, et aussitôt du frisson se déclare avec fièvre, sueurs profuses et exacerbation avec étendue de la douleur de la poitrine, vive oppression.

Tous ces symptômes augmentant, elle entre le 24 mai à la clinique où la violence et l'étendue comme névralgique de la douleur du côté gauche et un épanchement s'élevant au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, ainsi qu'un souffle *aspiratif* au dessus, coïncidant surtout avec des sueurs abondantes, font diagnostiquer une *pleurésie rhumatismale*. Une crépitation fine, sèche, isolée, discrète à la partie inférieure, indique une pneumonie superficielle coïncidante, mais qui disparaît le lendemain devant la progression de l'épanchement.

Enfin, le onzième jour, une douleur assez vive, apparue subitement le long de la gaîne du long abducteur et du court extenseur du pouce, au niveau de la partie latérale externe du poignet, est pour le professeur un nouveau signe du caractère rhumatismal de cette pleurésie. Les recrudescences des douleurs thoraciques coïncidant avec une sécrétion plus abondante de l'épanchement, en sont une autre preuve; ce processus n'existe pas dans la pleurésie franchement inflammatoire.

L'abondance de l'épanchement oblige à pratiquer la thoracentèse le dix-septième jour; 1 litre et demi de liquide clair et citrin est extrait. Les accidents se calment, moins la douleur qui en a toujours été le principal. Elle ne cède qu'après des sueurs abondantes. Un nouveau frisson est suivi, dès le lendemain,

d'un nouvel épanchement à droite. Sa disparition est la fin de cette *pleuro-pneumonie* singulière, anormale, mais dont la nature rhumatismale nous semble plutôt supposée probable que démontrée. D'autant que le cœur, malgré son déplacement, est resté indemne de tout retentissement. (*Arch. de méd.*, août.)

Pleurésie aréolaire. Espèce distincte de la pleurésie cloisonnée, introduite par M. Moutard-Martin, d'après les deux faits suivants :

I. Une femme, âgée de cinquante-huit à soixante ans, entra dans son service atteinte d'une pleurésie du côté gauche, datant de trois mois et demi. L'épanchement était abondant, les vésicatoires inutiles, l'état général assez mauvais ; la thoracentèse fut pratiquée avec peu d'espoir de succès. Elle donna issue à 1 litre et demi de sérosité limpide. La malade fut soulagée, mais l'épanchement se reproduisit ainsi que cela était prévu, et une seconde thoracentèse fut pratiquée de même, avec le trocart ordinaire, quinze jours après la première, avec issue d'un litre de liquide séreux, suivie de soulagement momentané. Troisième thoracentèse trois semaines plus tard : issue d'une très-petite quantité de liquide séreux coulant goutte à goutte. La canule, enfoncée doucement ou déplacée latéralement, transmettait la sensation d'une crépitation fine qui fixa l'attention et dont l'explication parut fort obscure. L'état de la malade s'aggravant avec disparition de l'appétit et persistance de l'oppression, une nouvelle tentative de thoracentèse fut décidée et pratiquée de nouveau avec le trocart muni de baudruche. Cette fois encore, il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de liquide goutte à goutte, les mouvements imprimés à la canule donnant les mêmes sensations. Il fallut renoncer à soulager la malade par ce moyen. Elle succomba au bout de peu de jours par les progrès de l'affaiblissement.

A l'autopsie, la paroi thoracique antérieure étant enlevée, le côté gauche de la poitrine fut trouvé rempli d'une apparence de gelée transparente. Une ouverture faite dans la partie déclive de la poitrine ne donna écoulement qu'à quelques gouttes de liquide. Cette gelée, examinée avec soin, fut reconnue constituée par un nombre infini de vacuoles contenant de la sérosité parfaitement fluide. La canule d'un trocart, introduite au milieu de cette masse, donnait la sensation de crépitation qui avait été reconnue pendant l'opération de la thoracentèse.

M. Moutard-Martin ne peut mieux comparer cet épanchement qu'au tissu cellulaire largement infiltré de liquide. Des sections faites dans cette masse laissaient écouler le liquide lentement, et on la voyait s'affaisser petit à petit.

Des doutes s'élevèrent sur l'existence de cet état aréolaire pendant la vie, et quelques-uns des assistants pensèrent qu'il s'agissait d'une coagulation *post mortem*. La seule preuve qu'il fût possible de donner de cette disposition anatomique, pendant la vie, était l'écoulement goutte à goutte du liquide et la sensation particulière de crépitation produite par les mouvements de la canule, et qui fut également produite par l'introduction de celle-ci dans la gelée intra-thoracique.

II. Le 2 décembre 1872, M. Moutard-Martin fut appelé par le docteur Veyne, sur la recommandation de notre collègue, M. Barth, pour pratiquer la thoracentèse sur un homme de trente à trente-deux ans, atteint, depuis près de trois mois, d'un épanchement du côté droit de la poitrine, dilatant énormément le côté, et déterminant une suffocation qui menaçait la vie du malade et l'empêchait de se tenir autrement qu'assis. La thoracentèse fut pratiquée séance tenante, avec l'aspirateur de M. Potain, et donna l'issue facile de 2 litres de liquide. La toux survenant quinteuse et pénible, les douleurs se manifestant dans la poitrine, l'opération fut arrêtée, quoiqu'il restât une grande quantité de liquide, et que le son et la respiration n'eussent reparu dans aucun point. Il fut décidé qu'une nouvelle ponction serait faite le 5 décembre, et rendez-vous fut pris pour ce jour.

Cette seconde thoracentèse, pratiquée de la même manière que la première, procura l'écoulement de 2 litres encore de liquide citrin et transparent, facilement coagulable. Il fallut, comme pour la première fois, retirer la canule avant que la poitrine fût vidée et alors que le liquide coulait encore avec grande facilité. Mais, cette fois, le son et la respiration avaient reparu à la partie antérieure ainsi que dans la moitié supérieure en arrière. Il était probable que le reste du liquide se résorberait, et c'est ce qui eut lieu. 4 litres de sérosité avaient été retirés en deux ponctions faites à trois jours d'intervalle.

Le malade alla de mieux en mieux les jours suivants, et, le 15, il ne restait presque plus traces d'épanchement, d'après les renseignements fournis par M. Veyne. Mais, à partir de ce jour, l'épanchement remonta rapidement, la matité reparut par-

tout, la suffocation se reproduisit. Appelé de nouveau, le 20 décembre, M. Moutard-Martin trouva la matité complète dans tous les points du côté droit, absence complète de respiration, mais il constata un retrait considérable de la poitrine de ce côté. Cependant, l'oppression étant très-grande, une troisième thoracentèse fut décidée. Le trocart introduit et l'aspiration faite, le liquide vint goutte à goutte, parfaitement séreux et transparent, présentant une légère teinte rosée. L'aspiration fut variée de force, l'écoulement fut le même. La canule, enfoncée ou inclinée latéralement, donnait la sensation manifeste de crépitation fine, déjà signalée dans la précédente observation, et chaque fois qu'elle était changée de direction, que cette crépitation s'était produite, un écoulement plus rapide de quelques gouttes de liquide avait lieu. A force de patience, il fut retiré environ 50 à 60 grammes de liquide qui était coagulé dans la bouteille. Voulant faire une nouvelle tentative, M. Moutard-Martin, ayant retiré la canule, plongea le trocart dans un autre espace intercostal, à quelque distance de la première ponction, et le résultat fut le même ; il fallut y renoncer. Il fut décidé qu'une nouvelle tentative serait faite deux jours après, mais elle donna un résultat absolument semblable, quoique l'opération ait été pratiquée au moins à 5 centimètres des premières ponctions, et la canule donna les mêmes sensations de crépitation. Il fallut renoncer aux ponctions pour l'avenir.

M. Moutard-Martin est certain d'avoir trouvé dans ce fait la confirmation clinique de la disposition anatomique constatée à l'autopsie de la première malade Il appelle l'attention de ses collègues sur cette forme non décrite de pleurésie, qui explique parfaitement quelques-uns des insuccès de la thoracentèse, qui démontre comment, avec un épanchement abondant, on peut se trouver dans l'impossibilité de vider la poitrine. Il pense qu'à cette forme de pleurésie il importe de donner un nom qui en indique bien la disposition anatomique, et il propose de lui conserver le nom de *pleurésie aréolaire*. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1872, et *Union méd.*)

N'y a-t-il pas analogie, sinon identité, avec la maladie gélatineuse du péritoine signalée par M. Péan ? (voy. *année* 1872) Ce serait ainsi une sécrétion particulière des séreuses à étudier dans les autres cavités closes pour savoir les conditions dans lesquelles cette coagulation a lieu.

Pleurésie purulente. — Voy. Empyème.

Efficacité du nitrate d'argent. Après un mois d'une pleurésie méconnue, le docteur Salomon fut appelé près d'un garçon de six ans qu'il trouva haletant, asphyxiant, avec une fièvre intense et un œdème généralisé.

Le thorax, plus développé à gauche qu'à droite, donnait une matité absoluo de bas en haut avec égophonie au sommet. Des sueurs abondantes la nuit, avec frisson et exacerbation fébrile le soir, indiquaient assez une pleurésie suppurée.

L'enfant rendait presque le dernier soupir au moment de la ponction. Un jet de séro-pus s'ensuivit, et à mesure qu'il coulait, la respiration, de 4 à 5 inspirations seulement par minute, devenait plus fréquente ; l'asphyxie cessait ; la mort faisait place à la vie. 2 litres de liquide furent retirés

Malgré cette résurrection et une grande amélioration, l'épanchement se reforma bientôt, et une nouvelle ponction, quinze jours après, donna issue à 1 litre et demi de séro-pus. Après un lavage de la plèvre, une injection iodurée fut faite, ce qui n'empêcha pas le pus de se reformer de plus en plus épais et fétide, de quinze en quinze jours. Une fistule s'ensuivit au point ponctionné, et 10 injections iodurées au dixième furent ainsi faites et retirées par aspiration.

Ce traitement durait depuis cinq mois, et malgré un état général meilleur, la toux continuait avec fièvre et exacerbations nocturnes, sueurs et dévoiement. Un retrait des parois thoraciques s'était opéré, indiquant l'inexpansion pulmonaire causée sans doute par des adhérences. Des injections phéniquées diminuèrent la fétidité extrême du pus, mais déterminaient du malaise. Celles avec l'alcool furent négatives et une fistule pulmonaire se manifesta à la suite ; le malade crachait 25 à 30 grammes de pus par jour.

C'est alors qu'encouragé par la tolérance de la plèvre et redoutant la résorption putride, M. Salomon résolut de laisser l'iode, dont l'action sur les membranes pyogéniques est nulle, pour recourir au nitrate d'argent qui modifie si puissamment les surfaces ulcérées. Une première injection fut faite après lavage préalable avec 3 grammes pour 100 d'eau distillée, dont les deux tiers furent aspirés, après deux minutes de contact avec la plèvre, comme avec les injections iodées. Une douleur vive et immédiate, mais courte, s'ensuivit dans l'hypochondre gauche,

et le pus diminua immédiatement par la fistule thoracique et dans les crachats. La fièvre diminua aussi, le dévoiement cessa et l'appétit augmenta. Une action favorable était donc évidente. Une nouvelle injection fut répétée quinze jours après avec 5 grammes, qui fut très-bien tolérée. Le résultat fut encore plus marqué sur l'écoulement du pus qui perdit sa fétidité, la fièvre disparut ainsi que la toux et les crachats, et l'enfant reprenait ses couleurs roses et ses amusements. Vingt-cinq jours après, une troisième injection fut tentée pour tarir complétement la suppuration, mais le tiers seulement pénétra ; la cavité pleurale avait presque entièrement disparu. Ce fut la dernière ; vingt jours après, la guérison était complète et les fistules fermées. Peu à peu, le thorax reprit sa forme, et quatorze mois après le début du traitement, le poumon gauche fonctionne assez bien ; la santé générale ne laisse rien à désirer, et le malade s'est transfiguré en un magnifique garçon. (*Recueil de méd. vét.*, octobre.)

Ce témoignage éclatant en faveur du nitrate d'argent, prouve son action modificatrice sur les surfaces suppurantes, même séreuses. Une indication de son emploi en résulte donc sur la plèvre et le péritoine en suppuration, de même qu'il a été employé avec succès sur la tunique vaginale. Ne pourrait-on pas même employer ces injections dans les vastes abcès froids et par congestion, scrofuleux, dont la suppuration épuise les malades et les tue ?

PLOMB. A l'aide d'un courant avec un couple aluminium et platine, MM. Mayençon et Bergeret ont recherché la présence du plomb dans les excrétions de malades et d'animaux soumis à son usage par les différentes voies d'absorption. Il est résulté de leurs expériences que l'urine des malades soumis à de très-fortes doses de plomb, soit en pommade sur la surface cutanée, soit à l'intérieur, n'a donné aucune réaction saturnine. D'où ils concluent que les sels de plomb ne sont nullement absorbés par la peau, en très-petite quantité par l'intestin, tandis qu'ils imprègnent spécialement le foie et la rate qui en contiennent des quantités notables à l'autopsie des animaux. L'action de l'acétate sur les sueurs est donc indirecte. L'élimination de ces sels, qui se fait évidemment par le foie, est prompte et complète, et ce n'est qu'après un usage très-prolongé, que les reins et l'urine en contiennent des traces, ce

qui explique les lésions rénales dans l'empoisonnement lent chez les cérusiers. (*Lyon méd.*, n° 7.)

Ces recherches sont intéressantes, en raison de l'usage fréquent du plomb en thérapeutique, mais elles ne reposent pas sur un nombre suffisant d'expériences pour être concluantes. Elles doivent être poursuivies et répétées.

Tremblement saturnin. Il se présente bien plus souvent, suivant M. Hollis, chez les ouvriers qui travaillent le plomb à une haute température. Il l'a rencontré ainsi plutôt chez les imprimeurs sur étoffe, les fondeurs, les miroitiers et les plombiers que chez les cérusiers, les mécaniciens, les peintres. En favorisant la vaporisation du métal, la chaleur en faciliterait aussi l'absorption. (*British med. Journ.*, décembre 1872.)

PNEUMONIE. Dans une série de leçons très-intéressantes faites à la clinique de la Charité, sur les *différents modes de traitement de la pneumonie*, M. le professeur Sée a interprété scientifiquement l'action de ces diverses méthodes. Le résultat de l'expectation s'expliquerait ainsi souvent par l'âge des malades; les enfants de deux à quatre ans guérissant presque toujours sans traitement actif, tandis que c'est le contraire chez les vieillards. Toutes les statistiques ne signifient donc rien à cet égard, sans l'âge des malades.

Il en est de même de l'influence des jours critiques.

Dans les premières vingt-quatre heures, le thermomètre monte à 40 degrés et se maintient à cette température les quatre premiers jours. Le matin du cinquième, il y a une détente, le thermomètre baisse d'un degré et n'indique plus que 39. On croit avoir jugulé le mal, mais le soir même du cinquième jour, le thermomètre remonte à plus de 40 degrés; le sixième jour, il atteint 41 degrés; puis, le septième, la défervescence commence.

Sur 226 cas, on a compté 33 guérisons le cinquième jour, (ce sont celles qui ont été franchement jugulées), 51 le septième, et 132 le neuvième.

Le septième jour a donc été véritablement un jour critique. Qu'est-ce que cette crise qui a tant fait travailler les imaginations des anciens médecins?

Les uns ont dit: c'est l'évacuation de l'humeur morbide sous l'influence de laquelle s'était développée la maladie. Mais per-

sonne n'a jamais vu ni montré cette humeur morbide ; — pure hypothèse.

D'autres ont donné une explication ontologique, philosophique, vitaliste, tout ce que l'on voudra. Ils ont voulu voir là l'effort curateur de la nature médicatrice. C'est un mot à la place d'un fait.

En réalité, il s'agit ici d'un phénomène physiologique, d'une loi de régénération qui s'applique à tous les organes, à tous les tissus, qui est universelle. Pendant tout le temps de la pneumonie, le malade brûle ; — il accuse une température de 40 degrés , — le sang se coagule facilement, il y a excès de fibrine, les urines présentent trois changements singuliers : 1° l'urée en excès. Au lieu de 28 grammes (chiffre normal) en vingt-quatre heures, le malade, qui ne mange cependant pas, en rend 32 et jusqu'à 40 grammes. Donc, il brûle tout ce qu'il peut brûler ; — 2° l'acide urique, qui n'est que le résultat d'une combustion incomplète, fait presque complétement défaut. C'est la conséquence nécessaire de l'augmentation de l'urée ; — 3° les chlorures manquent dans l'urine pendant tout le temps de la fièvre. Ce dernier signe peut servir à établir le diagnostic différentiel de la pneumonie et de la fièvre typhoïde.

Le jour de la crise, tout change : il n'y a plus d'urée ; il y a beaucoup d'acide urique ; les chlorures reparaissent ; les urines deviennent jumenteuses, c'est-à-dire très-chargées d'acide urique et d'urates.

En somme, il y a une combustion exagérée qui cesse le septième jour. Voilà toute la crise, et rien n'est plus naturel.

On a signalé comme un phénomène critique l'apparition de l'herpès sur les lèvres. C'est une erreur, car les vésicules se montrent dans les trois premiers jours et ne coïncident point avec la défervescence. Mais cette apparition constitue un signe extrêmement favorable. Pourquoi ? on ne le sait pas.

Sur 182 cas d'adultes et d'enfants, on en a compté 145 avec herpès, ces 145 ont donné 120 guérisons, soit 83 pour 100, et les guérisons ont été définitives le cinquième ou le septième jour.

En général, les pneumoniques chez lesquels on observe l'herpès, ne meurent que dans la proportion de 9 pour 100, tandis que ceux qui ne présentent pas cette éruption, succombent dans la proportion de 29 pour 100.

Chez les vieillards, l'herpès est plus rare : 75 pour 100 de

ceux qui offrent ce phénomène guérissent, et 25 pour 100 seulement de ceux qui ne l'offrent pas.

Dans les âges favorables, c'est-à-dire dans la jeunesse, on peut considérer l'herpès comme un signe presque certain d'une prompte guérison.

Saignée. Elle n'est utile que le premier jour, dans la période caractérisée par l'engouement et le râle crépitant. Plus tard, elle ne fait rien... que du mal. Elle amène l'aglobulie, et voilà tout. Pratiquée ainsi tout à fait au début, elle a une action utile, jugulante même. Dans la deuxième période, elle ne diminue nullement la fibrine, ni la couenne du sang, ni l'exsudat, qu'elle ne fait pas plus résorber que le tissu morbide ; mais elle exerce une action palliative contre la dyspnée et l'*oppressio virium*. Cet état est caractérisé par un pouls filiforme, très-dur, impossible à effacer. La saignée réussit à merveille dans ce cas, en amenant la détente de la pression artérielle.

a. Sur la dyspnée, très-pénible au début, qui n'est qu'un trouble mécanique de la circulation intra-pulmonaire, gênée, empêtrée par les néoformations. Il est bon, dans ce cas, de ne saigner qu'avec modération ; car, en appauvrissant le sang, on léserait indirectement le système nerveux et l'on pourrait provoquer une dyspnée nerveuse, tout aussi pénible, et de plus longue durée.

Ses contre-indications sont : l'enfance aussi bien que la vieillesse. On ne doit la pratiquer chez les pneumoniques âgés que si le cœur et les vaisseaux sont en parfait état ; la moindre altération doit la faire proscrire. Le délire est plutôt une indication de l'alcool. L'habitation n'en est pas plus une indication spéciale. Quant à la pneumonie intermittente, le sulfate de quinine est exclusivement indiqué.

Tartre stibié. A doses filées, c'est-à-dire de 50 centigrammes à 1 gramme dissous dans 200 grammes d'eau que l'on donne par cuillerée, à une ou deux heures d'intervalle, il est toléré sans purgation ni vomissements. Mais il ne diminue ni la durée de la maladie, ni le chiffre de la mortalité. L'action antipyrétique, d'ailleurs passagère, est plus que compensée par l'état de collapsus dans lequel est plongé le malade. La digitale vaut mieux, et surtout la vératrine.

Vératrine. C'est un poison névro-musculaire qui agit sur les

muscles en général et conséquemment sur le cœur. Il ralentit ses mouvements et diminue la tension intra-vasculaire.

Il y a, au commencement, une action transitoire sur le pneumogastrique (nerf frénateur du cœur) ; d'où ralentissement des pulsations ; comme corollaire, réfrigération, c'est-à-dire diminution des oxydations dans les tissus ; conséquemment, dépression des forces générales et, en fin de compte, paralysie du système musculaire tout entier.

Administrée dans le courant d'une pneumonie, à la dose de 10 milligrammes, sans excéder 15 à 20 par jour, elle détermine, à la fin de la journée, quel que soit le moment de la maladie, un ralentissement manifeste du pouls, avec diminution de la respiration et, par suite, de la dyspnée qui accompagne toujours la pneumonie. La température s'abaisse d'un degré et même plus. C'est l'antipyrétique par excellence que la saignée trop débilitante, la digitale trop congestive et d'une action lente, non plus que le tartre stibié, ne peuvent équivaloir. Elle est indiquée : 1° lorsque la fièvre est très-violente, c'est le cas le plus fréquent, aucun moyen n'est plus efficace ; 2° lorsque la pneumonie est peu étendue, comparativement à l'intensité de la fièvre, comme, par exemple, dans la pneumonie du sommet qui s'accompagne d'un appareil fébrile très-prononcé.

Elle est, au contraire, contre-indiquée : 1° quand la fièvre est modérée, au-dessous de 100 pulsations ; 2° quand la température ne dépasse pas 38 à 39 degrés ; 3° quand l'étendue de la lésion est considérable. L'effet antipyrétique s'achèterait, dans ces cas, aux dépens d'un épuisement névro-musculaire redoutable : quelques malades ne s'en relèvent pas.

La vératrine a donc pour elle une promptitude et une sûreté d'action qui peuvent rendre les plus grands services. Elle a contre elle de déterminer le collapsus. Lorsque ce dernier accident se produit, ou même lorsqu'on le prévoit, il convient de donner au malade du bon vin, et de combiner avec le traitement par la vératrine le traitement par l'alcool.

Digitale. En agissant comme un sédatif sur le cœur, dont elle ralentit les battements, elle diminue la fièvre et la température, mais sans agir sur la lésion pulmonaire, sans empêcher l'hépatisation de s'étendre, sans diminuer la durée, ni la gravité de la maladie. Aussi ne convient-il de l'employer que contre la fièvre pendant les quatre premiers jours au plus.

Elle est surtout utile contre la pneumonie alcoolique dont le délire est le signe. Dans ce cas, il faut donner la teinture de digitale, non aux doses exagérées de 15, 20 et jusqu'à 30 grammes par jour comme les Américains, avec du vin et des opiacés ensuite, sans saignée, bien entendu.

Alcool. Il est indiqué spécialement :

1° Dans la pneumonie avec délire alcoolique. S'il échoue, c'est que, chez les buveurs, la maladie prend généralement et rapidement un caractère de gravité extrême.

2° Dans la pneumonie adynamique fébrile. Il n'est utile dans ce cas que lorsque l'adynamie est sous l'influence d'un excès de température ; dans le cas contraire, en voulant relever les forces, on ne ferait que débiliter le malade en le refroidissant. Il faut donc prendre le thermomètre, et, s'il y a plus de 40 ou 40°,5, on donnera l'alcool ; si, au contraire, les phénomènes de l'adynamie (fuliginosités, stupeur, collapsus, prostrations intellectuelles) existent, sans augmentation notable de température, alors l'alcool est nuisible.

3° Dans la pneumonie accompagnée d'algidité apparente. Dans les pneumonies, le refroidissement peut être apparent ou réel. Ainsi, il y a des cas où le malade, même au premier degré, est livide, bleu ; où la peau est glacée à la périphérie, tandis que le thermomètre indique une augmentation de température. Il en est de même dans le choléra, où le thermomètre appliqué à l'extérieur marque 30, 25, 22 même seulement, alors que la température intérieure est augmentée. Il s'agit donc, dans ces cas, d'une fausse algidité, et c'est précisément dans ces cas que l'alcool sera utile. Si l'algidité existait réellement, l'alcool serait contre-indiqué, puisqu'il est un réfrigérant.

Les autres médications, comme le chloroforme et le mercure, l'acétate de plomb et les vésicatoires, etc., valent beaucoup moins que l'expectation. (*Union méd.*, avril.)

Propylamine. Une nouvelle preuve de son influence directe sur la circulation ou le *sacré vocable*, comme on dit maintenant, vient ainsi d'être donnée à Lisbonne. M. le docteur Alvarenga l'ayant employée à la dose de 1 à 3 grammes par jour, contre une pleuro-pneumonie au second degré, chez un homme de trente-cinq ans, vit la température s'abaisser dès le lendemain de 40°,3 à 39°,2 ; le pouls tomber de 102 à 96, et

à 92 le surlendemain, et la respiration de 48 à 32, avec diurèse et transpiration abondantes. Si l'on ne peut rien dire d'un fait, celui-ci encourage du moins à renouveler l'expérience.

Dans un second cas de pleuro-pneumonie droite des lobes inférieur et moyen au troisième jour, avec une température de 40°,7, une abondante transpiration et urines alcalines chargées se manifesta dès le second jour du traitement avec défervescence subite. Mais une recrudescence eut lieu ensuite et ce n'est que le sixième jour et après l'usage de 7 grammes de propylamine, que la température céda de nouveau avec une diurèse abondante et que le malade entra en convalescence. Aucun effet désagréable de la propylamine ne s'est manifesté dans ces cas. (*Gaz. med. de Lisboa*, juillet et août.)

Pneumonie pendant la grossesse. *Tartre stibié.* Donné à la dose ordinaire, soit de 4 à 7 décigrammes, par M. le docteur Watelle père, à une femme délicate, au septième mois de sa grossesse, cet agent, en amenant l'amélioration pulmonaire, détermina aussi des contractions utérines et bientôt après l'accouchement, alors que le kermès, à la dose de 5 à 8 décigrammes, n'avait rien produit de semblable. D'où l'indication d'administrer celui-ci de préférence et, dans le cas où l'émétique est indispensable, de l'associer à l'opium à haute dose, soit 12 à 15 centigrammes dans une potion alcoolisée de 150 à 200 grammes. (*Union méd.*, n° 150, 1872.)

Pneumonie ambulante. A force d'analyser les symptômes et les lésions morbides et de distinguer les espèces pathologiques, suivant ces différences, les Allemands en sont arrivés à agrandir le cadre nosologique presque à l'infini. C'est ainsi que, d'après deux faits communiqués en 1870 par MM. Weigaud et Waldenburg, cette nouvelle espèce de pneumonie se trouve fondée. Son signe caractéristique est que plusieurs parties éloignées des poumons sont successivement atteintes par le processus croupal, pour ne pas dire inflammatoire, quand déjà le cours de la maladie a cessé dans les premières parties atteintes. Cette succession morbide peut être anatomiquement continue. Dans le cas de Waldenburg, par exemple, la pneumonie commença dans le lobe inférieur droit pour passer au sommet droit, puis au sommet gauche et ensuite à la base de ce côté. Ce

cercle se répéta deux fois ; mais cette régularité n'existe pas dans celui de Weigaud.

La marche de cette maladie est très-longue et a beaucoup d'analogie avec l'érysipèle migratoire ou ambulant.

Le docteur Fischl en relate un troisième cas chez une dame robuste de trente-six ans. A sa première visite, quatorze jours après le début, l'infiltration existait en arrière, à gauche et en haut; deux jours après, à la base du poumon droit, puis à la région sous-claviculaire gauche. Deux fois, ces parties furent successivement envahies; les exsudats se développaient sans signes initiaux et étaient résorbés de même. La fièvre fut constante pendant six semaines, mais les crachats ne cessèrent pas d'être catarrheux, sans le moindre vestige sanguinolent. (*Prager viertel jahr.*, n° 35, 1872.)

POLYPES. Polypes utérins *Ascite.* Sur 20 cas, observés par le docteur U. Martemucci, 15 s'inséraient sur le col ou dans le canal cervical, et 5 sur le fond de l'utérus. Or, dans 3 de ces derniers cas, dont l'observation est relatée, il y avait ascite coïncidant avec œdème des membres inférieurs, et l'une et l'autre disparurent rapidement après l'excision du polype et un régime tonique et reconstituant.

Ces infiltrations, cet épanchement, souvent observés, sont généralement attribués à l'anémie, la déglobulisation du sang résultant des pertes réitérées et prolongées des malades. Elles duraient depuis un à deux ans, dans les cas en question, et un traitement contraire, comme des drastiques, en avait encore augmenté l'effet. Mais l'auteur croit à une action plus immédiate du polype sur l'ascite. Des douleurs plus ou moins vives dans la région utérine, coïncidant avec la descente du polype dans le col utérin, lui paraissent l'indice d'une inflammation de l'utérus à l'insertion même du polype, laquelle inflammation, en se propageant à la partie correspondante du péritoine, donnerait lieu à l'ascite. (*Nuova Liguria med.*, n° 17.)

On voit que ce n'est là qu'une vue de l'esprit qui reste à vérifier cliniquement et anatomiquement. Avis aux investigateurs.

Polypes naso-pharyngiens. *Solution iodurée caustique de Lugol.* Dans deux cas de ces polypes, dont la nature n'est malheureusement pas indiquée, la tumeur, ayant récidivé après

un premier arrachement, M. le docteur Dauvergne père broya de nouveau ces excroissances et badigeonna la surface d'implantation avec la solution iodurée caustique de Lugol dont la formule se trouve dans tous les formulaires. Il n'y eut, dès lors, aucune récidive depuis quinze et dix-sept ans que cette opération a eu lieu.

Dans deux autres cas subséquents, le badigeonnage ioduré caustique, ayant été pratiqué, dès le premier arrachement du polype, aucune récidive ne survint non plus. D'où l'auteur se trouve fondé à recommander l'emploi de cette solution après l'arrachement ou l'excision de ces polypes. Il voudrait également que l'on ne recourût aux mutilations en usage pour l'excision de ces polypes qu'après l'essai préalable de la liqueur, ou dans les cas où l'on ne peut absolument les atteindre autrement. (*Bull. de thérap.*, décembre 1872.)

Le défaut de précision et de rigueur de ces observations ne les rend malheureusement pas assez concluantes. On peut toutefois employer cette solution caustique qui n'a d'autre inconvénient que la douleur et le gonflement momentané des parties sur lesquelles on l'applique.

POULS. *Dicrotisme.* Ce n'est plus seulement un phénomène pathologique, mais normal; telle est la nouvelle doctrine de M. Bouillaud et que l'éminent cardio-pathologiste a déposée, comme son testament scientifique, dans une communication faite à l'Institut, au mois de septembre dernier. Le dicrotisme normal résulte de ce que le second choc est produit par la systole active des artères, comme le premier résulte de celle des ventricules. Tel est le dicrotisme normal.

Le dicrotisme anormal ou pathologique, c'est-à-dire le redoublement simple ou double du pouls, portant sur le premier ou le second choc, n'en est que le renforcement. Dans le premier, il résulte des lésions ventriculaires, leur hypertrophie en particulier, et de celle des artères dans le second. Il est durable, persistant, dans ces cas d'altérations organiques, tandis qu'il n'est que transitoire quand cette augmentation résulte de maladies ou d'excitations passagères, momentanées, comme dans les fièvres continues, la fièvre typhoïde en particulier. Des causes opposées produisent un effet contraire, c'est-à-dire le ralentissement et la diminution du pouls.

Le dicrotisme type dans la maladie de Corrigan, loin d'être

un effet du reflux du sang dans le ventricule gauche par l'insuffisance des valvules aortiques, comme on l'admet, ne serait ainsi causé que par l'hypertrophie générale des artères et celle de ce ventricule. Telle en serait la véritable explication. Ce dicrotisme est ainsi simple ou double, suivant que l'une ou l'autre de ces lésions existent. (*Acad. des sc.*, septembre.)

PRIX. Une innovation considérable, qui s'est opérée à ce sujet depuis quelques années, doit être signalée. Au lieu d'indiquer des questions à traiter, de tracer, de rédiger des programmes pour les prix qu'ils mettent chaque année au concours, les corps savants se bornent à laisser le choix de ces sujets, de ces questions aux concurrents. L'Académie des sciences a montré l'exemple; l'Académie de médecine l'a suivi en partie, ainsi que plusieurs autres sociétés de médecine, et voici que la Société centrale de médecine vétérinaire, rompant avec son passé, est entrée également dans cette voie pour 1874. Plusieurs sociétés médicales de l'étranger, de la Belgique notamment, avaient déjà cette bonne habitude, et quelques journaux français, italiens et américains ont contribué à la répandre et à en montrer les avantages en accordant un prix annuel au meilleur mémoire envoyé à leur rédaction, comme nous l'avons signalé dans les années correspondantes.

Si les avantages viennent témoigner dans l'avenir comme pour le passé de la supériorité de cette manière de faire, il n'y a pas à en douter, elle deviendra la règle pour l'avenir et les fondateurs de prix ne penseront plus dès lors à en renfermer étroitement les conditions dans un programme immuable et parfois impossible à accomplir. Au lieu de faire des commandes de travaux sur des questions déterminées, les dispensateurs de ces prix attendront ceux qui seront le produit de l'initiative et des recherches des candidats, d'observations ou d'expériences poursuivies ou recueillies pendant un grand nombre d'années. Rien n'est artificiel dans ces travaux tout individuels et spontanés sans autre but que de servir la science ou la solution d'un problème. C'est le contraire de ceux qui doivent s'accomplir dans un temps limité et suivant un plan fixé d'avance. Aussi n'est-ce en général que des compilations, des fatras d'érudition et pour un lauréat ou deux, combien d'éliminés, d'exclus, de refusés! C'est une course au clocher, un mât de cocagne, que chacun croit pouvoir gravir sans effort pour

atteindre le prix. Dans les nouvelles conditions, il y a donc beaucoup plus de chances pour que des travaux originaux d'une véritable valeur soient récompensés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Le programme en a été fixé ainsi qu'il suit pour 1874 :

Prix de l'Académie. Le meilleur travail inédit, au choix, sur la physiologie expérimentale, 1000 francs.

Prix Portal. Le meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique, au choix, 2000 francs.

Prix Capuron. Un sujet quelconque d'obstétrique, 1000 francs.

Prix Bernard de Civrieux. Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie, 900 francs.

Prix Barbier. Moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés, 2000 francs.

Prix Godard. Le meilleur travail sur la pathologie interne, 1000 francs.

Prix Orfila. De l'aconitine et de l'aconit, 2000 francs.

Prix Rufz. Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation, 2000 francs.

Prix Saint-Lager. « Je propose, dit le fondateur, une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix destiné à

récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Falret. De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie, 1000 francs.

Tous les travaux envoyés aux concours doivent être écrits en français ou en latin et adressés *franco*, dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, rue des Saint-Pères, avant le 1er mars 1874. Les concurrents aux prix Godard et Barbier peuvent seuls se faire connaître.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS.

Prix Phillips. Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse; étiologie et traitement préventif; indications thérapeutiques des symptômes avec les conditions d'âge, de sexe, d'hérédité et d'hygiène. 1200 francs.

Adresser *franco* les mémoires écrits en français et inédits, dans les formes académiques, à M. le docteur E. Besnier, secrétaire général, 87, rue Neuve des-Mathurins, Paris, avant le 1er avril 1875.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS.

Prix Aubanel. Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et plus spécialement dans le délire hypochondriaque et dans le délire des persécutions. 2400 francs.

Envoi des mémoires avant le 31 décembre 1874, à M. le docteur Motet, secrétaire général, rue de Charonne, 161, Paris.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE.

Prix Jackson pour 1874. La trachéotomie et principalement des causes de mort qui s'ensuivent et des règles pour la rendre plus généralement heureuse, avec observations.

Prix J. Naudin pour 1875. De la conservation des membres dans les plaies pénétrantes des articulations.

500 francs de récompense avec 100 exemplaires du mémoire. Une médaille d'or comme accessit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

1° Distinguer les diverses formes que l'angine exsudative offre dans la pratique et le traitement particulier qui leur convient; 2° influence de l'hérédité et de la sélection chez l'homme.

Prix Alvarez Alcala. 1° Étude chimico-pharmaceutique des agents anesthésiques; 2° convient-il d'opter pour le rationalisme ou l'empirisme en thérapeutique.

Un prix de 3000 réaux, soit 700 francs, une médaille d'or et le titre de correspondant avec 200 exemplaires du mémoire imprimé, seront la récompense des lauréats ; des accessits seront aussi accordés avec médaille d'argent et le titre de correspondant.

Les mémoires écrits en espagnol, en latin ou en français, devront être parvenus au secrétariat de l'Académie, rue des Aldacéros, 13, à Madrid, avant le 1er septembre 1874.

INSTITUT LOMBARD.

Pour 1874 : La question sur les désinfectants est remise au concours. — Voy. *année* 1868.

Terme du concours : 28 février 1874.

Prix Cagnola. De l'alcoolisme en Italie, comparé aux autres pays dans sa diffusion, son accroissement et ses formes, les agents qui le produisent, dans ses effets physiques et moraux et les moyens de s'y opposer. 1500 francs avec une médaille d'or de 500 francs.

Terme du concours : février.

Pour 1875 : Considérant le sang dans les propriétés vitales de ses éléments histologiques, démontrer, par la transfusion à l'homme, ses plus utiles applications à la thérapeutique, surtout pour imprimer une direction nutritive plus normale aux organismes affectés de cachexie lymphatique, rachitique, leucocythémique, etc.

Terme du concours : 28 février 1875. Le prix est de 1500 francs et une médaille d'or de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Étude complète des antiseptiques et des désinfectants, en indiquant avec soin leur mode d'action et leurs applications dans les épidémies et dans les épizooties, à l'hygiène publique et à l'hygiène privée. Médaille de 600 francs.

Clôture du concours : 1er juin 1874.

Quelle est, au point de vue de l'hygiène, l'influence de l'instruction primaire en Belgique, sur le développement des facultés physiques et intellectuelles? Quelles sont les améliorations à apporter à l'organisation actuelle? Médaille de 2000 francs.

Clôture du concours : 1er avril 1875.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE.

Prix de 500 francs au meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie.

Les travaux seront reçus jusqu'au 1er août 1874. Adresser au secrétaire général, rue de la Casquette, 33, à Liége.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Prix Guislain. (Quinquennal.)

« Rechercher quels sont, tant au point de vue pratique que théorique, les progrès accomplis en médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, et déterminer l'influence que Guislain a pu exercer par ses travaux sur la marche de cette partie des connaissances médicales. »

Médaille d'or de 500 francs, ou cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant et cinquante exemplaires tirés à part.

Les mémoires devront être adressés *franco*, dans les formes académiques, avant le 1er juin 1875, au docteur Charles Willems.

PROPYLAMINE. Alcaloïde artificiel, sorte d'ammoniaque

composée, découvert en 1850 par Wertheim en distillant la narcotine avec la potasse ou la soude caustique à une température de 220 degrés ; depuis lors, on l'a rencontrée dans une foule d'autres substances ; en 1852, Winckler l'a signalée dans l'ergotine ; en 1854, Wicke la trouvait dans les fleurs de l'aubépine (*Cratægus oxyacantha*) récemment écloses ; en 1855, Winckler l'a isolée de la saumure de hareng ; on l'obtient aussi de l'huile de foie de morue ; en 1857, Dessaignes la rencontrait dans le *Chenopodium vulvaria*, dans le sang de veau non putréfié ; en 1860, MM. Girardin et Marchand ont fait un travail intéressant sur la saumure de hareng, dans laquelle ils trouvaient de la propylamine en assez forte proportion ; en 1863, Wicke envisage comme de la triméthylamine cette ammoniaque que l'on avait également retirée des fleurs du poirier, du sorbier. Il admet, en outre, que cet alcali organique exsude constamment des feuilles de la vulvaire sur lesquelles il a reconnu des glandes qu'il considère comme les organes de sécrétion de la triméthylamine. Il démontre ce fait en opérant sur de la vulvaire élevée dans des pots de fleurs recouverts de cloches mouillées à l'intérieur d'eau aiguisée d'acide chlorhydrique. On constate en moins d'une nuit qu'il se fixe sur les parois de la cloche assez de triméthylamine pour donner, avec le bichlorure de platine, un sel jaune orangé offrant tous les caractères du chlorure double de platine et de triméthylamine. M. Ludwig a également constaté la présence de cette ammoniaque dans du vin, et il en attribue la formation à la putréfaction du ferment.

La propylamine tirée de la saumure du hareng est un liquide limpide, incolore, très-volatil, d'une saveur amère, exhalant une odeur pénétrante et très-forte de poisson gâté. Elle se dissout parfaitement dans l'eau et l'alcool. Son prix fort élevé était de 250 francs au début ; mais nul doute qu'il s'abaisse rapidement si, comme le chloral, il devient d'un usage général.

La propylamine obtenue au moyen de l'alcool propylique par M. Sylva, en 1869, est un liquide d'une odeur fortement ammoniacale, très-alcalin, inflammable, colorant en bleu les solutions cuivriques, précipitant l'alumine de ses solutions, et redissolvant le précipité ; caractères qui appartiennent également à la triméthylamine et à son isomère l'isopropylamine, découverte par M. Gautier, qui l'a obtenue au moyen de l'isopropylcarbilamine.

Le point d'ébullition et la forme cristalline de leurs sels différencient ces trois ammoniaques. Tandis que la triméthylamine bout entre 4 et 5 degrés, la propylamine bout de 49 à 50, et l'isopropylamine de 31 à 32. Cette opinion est confirmée par les expériences de M. Henri Winckler, établissant que c'est bien la triméthylamine qui constitue le corps prédominant dans le mélange de plusieurs bases que peut fournir la saumure de hareng. M. Winckler a établi l'identité de la triméthylamine retirée de la saumure avec la triméthylamine préparée par voie synthétique, non-seulement par la comparaison directe de ces deux corps, mais encore par la réaction caractéristique que produit l'iodure de méthyle avec ce dernier, c'est-à-dire formation immédiate d'un magma cristallin de prismes rectangulaires d'iodure de tétraméthylammonium. Ce qui a encore pu occasionner la confusion de ces deux bases, c'est leur isomérie ; en effet, elles ont toutes deux pour formule C^6H^9Az, de même que l'isopropylamine et la méthyléthylamine. La propylamine du commerce n'est donc qu'un produit complexe renfermant de la triméthylamine et de l'ammoniaque, à un degré de concentration plus ou moins élevé. La thérapeutique a donc à son usage un produit de composition variable, et dont, par conséquent, les résultats peuvent ne pas toujours être les mêmes. Ne vaudrait-il pas mieux adopter un mode de préparation uniforme ; par exemple : distiller la saumure de hareng, recueillir les produits dans l'eau acide, etc., cité plus haut, ou, puisque c'est de la triméthylamine que renferme la saumure de hareng, ne serait-il pas plus simple de préparer de toutes pièces cette ammoniaque au moyen de l'alcool méthylique ?

Dans ce cas, il suffirait de transformer l'alcool méthylique en iodure de méthyle. L'éther ainsi obtenu, chauffé sous pression avec de l'ammoniaque, donne des cristaux d'iodure de tétraméthylammonium presque insolubles dans l'eau. Il suffirait de les laver à l'eau distillée pour enlever l'iodure d'ammoniaque qui a pu se former, et, les décomposant ensuite par la chaux, de recueillir le gaz qui se dégage dans de l'eau. On obtiendrait ainsi une solution qui ne resterait plus qu'à titrer, comme une solution ammoniacale ordinaire, et la thérapeutique aurait à sa disposition un produit de composition constante. Mieux vaudrait encore remplacer la solution alcaline, qui, par son odeur désagréable, pourrait être prise avec répugnance par les malades, par le chlorhydrate de cette base, qui est presque ino-

dore et a une saveur salée, comme M. Adrian l'a déjà proposé. (*Société de thérapeutique*, janvier.)

D'après un rapport fait à la Société de pharmacie et adopté par ce corps savant, la substance vendue dans le commerce sous le nom de *propylamine* n'est qu'une solution aqueuse, plus ou moins pure et sans titre défini de triméthylamine. On propose de la remplacer soit par une solution titrée, obtenue par l'une des méthodes ci-dessous, ou par son chlorhydrate, s'il paraît prouvé que les effets de ce sel sont les mêmes que ceux de l'alcali pur.

Selon M. Adrian, on peut considérer la dissolution de propylamine ou triméthylamine comme un alcaloïde artificiel dont la formule est: C^6H^9Az. Il est toujours accompagné d'une grande quantité d'ammoniaque ordinaire quand on l'extrait de la saumure. Si l'on sature la propylamine du commerce par l'acide chlorhydrique, on obtient un mélange de chlorhydrate de triméthylamine et de chlorhydrate d'ammoniaque. Ce liquide, du reste, est fort loin d'avoir toujours un degré de concentration identique. Divers échantillons, examinés par lui, ont fourni des quantités très-variables de sel cristallisé. Il pense que, pour l'usage médical, il y aurait grand avantage à préparer le chlorhydrate de triméthylamine exempt de chlorhydrate d'ammoniaque. Ce sel, préparé au laboratoire de la Société française, est nettement cristallisé. Faisant l'expérience sous les yeux de la *Société de thérapeutique*, M. Adrian montre qu'en traitant sa dissolution par la potasse caustique, on dégage l'odeur caractéristique de la propylamine sans ammoniaque, tandis que le même traitement donne, avec le produit liquide du commerce, un dégagement abondant de vapeurs ammoniacales.

Si le chlorhydrate de triméthylamine, dit M. le docteur Dujardin-Beaumetz, jouit de propriétés identiques avec celles de la solution, ce qui est vraisemblable, il n'est pas douteux qu'on doive lui donner la préférence.

M. Martineau ajoute qu'à l'Hôtel-Dieu il a soumis plusieurs malades à ce traitement. Il est arrivé à faire supporter la solution à la dose de 2 grammes par jour, et les résultats obtenus avec ce médicament l'encouragent à continuer son expérimentation.

Outre son action sur la circulation, indiquée par M. Namias, comme supérieure à celle de la digitale et contestée par M. Gubler et autres cliniciens, il résulte d'expériences précises, relatées

par M. Dujardin-Beaumetz, que l'excrétion de l'urée diminue notablement sous l'influence de son emploi. Elle est tombée de 17,64 à 15,95 en vingt-quatre heures, sous l'influence de 60 centigrammes de triméthylamine, et de 24gr,37 à l'état normal, elle est descendue à 23gr,16 par l'emploi de 75 centigrammes de propylamine (*Gaz. hebd.*, nos 13, 15 et 16). Il y a donc là une action physiologique positive, de même qu'une action thérapeutique sur le rhumatisme articulaire aigu. — Voy. *ce mot.*

Accidents toxiques pouvant résulter de la préparation de la propylamine. M. Perret, pharmacien chimiste, signale à l'attention des chimistes qui s'occupent de la préparation de la propylamine ou triméthylamine, un fait dont il a failli être victime.

Pour séparer le fer qui colorait une solution alcoolique (acide de chlorhydrate de triméthylamine, eau mère de première cristallisation), l'acidité de la liqueur ne me paraissant pas exiger une saturation préalable par l'ammoniaque caustique (pour avoir le moins possible de chlorhydrate ammonique de la solution), je traitais par le sulfure ammonique. Il se fit instantanément un dégagement de gaz de sulfure de triméthylammonium qui, en une seconde, me causa deux ou trois spasmes suffocants, quoique la tête restât libre. Je courus instinctivement à l'air ; au bout de trois ou quatre pas, je perdis connaissance, et comme frappé par l'acide prussique. J'eus cependant un instant l'idée que je tournoyais sur moi-même, puis tombai inanimé comme une masse, sur le côté gauche. Je restai à peu près deux minutes, je pense, évanoui, puis me relevai, sans aucune autre gêne ou douleur que celle d'une contusion au genou gauche et à la tempe ; il me resta, pendant une ou deux heures, une pesanteur à l'estomac avec une légère envie de vomir, mais absolument rien autre chose.

Je suis intimement convaincu que, si j'étais resté une seconde de plus à l'émanation du gaz, j'eusse été tué.

Et chose curieuse, sans aucune, absolument aucune souffrance, le spasme suffocant même n'est pas douloureux.

Ayant eu la douleur de voir quelquefois des accidents occasionnés par les émanations des puits gâtés, il m'a semblé que l'action si instantanée de ce gaz avait beaucoup d'analogie avec celui à l'inspiration duquel j'ai failli mourir. L'action est instantanée. (*Union méd.*)

Employée avec succès dans la pneumonie. — Voy. *ce mot.*

PROTUBÉRANCE. — Voy. Hémorrhagies.

PUS. *Origine des globules.* Entre les deux opinions extrêmes de Virchow, avançant que le tissu connectif est la source unique de toutes les cellules inflammatoires, et de son élève Cohnheim, prétendant que ce tissu est tout à fait étranger aux globules blancs du pus, se place la solution expérimentale suivante, obtenue par M. Hoffman. Il couvrit de vermillon le tissu connectif d'une partie donnée et y provoqua la suppuration, mais il ne trouva pas trace de vermillon dans les globules du pus obtenu et conclut ainsi que là n'était pas leur origine. Au contraire, il injecta du vermillon dans les vaisseaux d'un lapin, et irritant une partie quelconque du corps, il retrouva une quantité considérable de granules de ce corps étranger dans les cellules du tissu connectif examiné. D'où il conclut, avec Cohnheim, qu'aucune autre source des globules du pus n'est encore prouvée en dehors du sang. (*Glasgow med. Journal.*)

Par de nouvelles recherches, M. Feltz croit avoir trouvé cette source dans le protoplasma des éléments cellulaires du tissu conjonctif. Après avoir démontré que les globules de pus qui infiltrent le péritoine enflammé ne sortent pas des capillaires, ni des épithéliums de cette séreuse, contrairement à la théorie Cohnheim, soutenue par MM. Vulpian et Hayem en France, il a constaté que dans cette membrane, comme dans la cornée, le tissu conjonctif, qui en forme la trame, est sillonné par un réseau de canalicules interstitiels, dont les renflements fusiformes sont ce qu'on appelle les *éléments cellulaires du tissu conjonctif*, les *noyaux conjonctifs* ou les *cellules plasmatiques.* Au lieu d'éléments stables, fixes, une matière organique grenue, dite *protoplasma* de Remak, Schultze, s'y trouve à l'état normal. En cas d'irritation, la circulation sanguine augmentant et le sang subissant des modifications dans son plasma, il en résulte une augmentation et une modification parallèles dans ce protoplasma, d'où le développement si considérable du réseau et des éléments dits *plasmatiques*, et son organisation en leucocytes. Il n'est ainsi plus douteux pour lui que ce *protoplasma*, devenant libre tant par une individualisation directe ou genèse que par segmentation et organisation graduelle des renflements fusiformes, ne donne lieu d'embléo à la formation de leucocytes, comme il en donnera des preuves irréfutables dans les alvéoles pulmonaires. (*Acad. des sc.*, février.)

L'origine hématique du pus par le passage des globules blancs ou leucocytes à travers les parois vasculaires, est d'ailleurs contredite et ruinée même sous les yeux de ses auteurs. Pfungen a expérimenté, sous la direction du professeur Stricker, sur la cornée de la grenouille en en provoquant l'inflammation par le procédé de Cohnheim, et constamment il a constaté, comme MM. Strauss et Duval (voy. *année* 1870), une prolifération active des cellules fixes de la cornée. Et comme preuve que ce n'est pas là un effet d'optique microscopique personnel, il en a représenté par des figures schématiques les segmentations et les anastomoses. Le même fait se produit après la section du trijumeau et sans traumatisme de la cornée. La prolifération des cellules fixes ainsi démontrée n'a donc plus besoin du passage des leucocytes pour la formation du pus, preuve de la prétendue valeur positive des doctrines et des découvertes allemandes. (*Stricker mediz. Jahrb.*)

PUSTULE MALIGNE. Quarante-huit heures après le début, M. Féréol excisa la pustule et cautérisa au fer rouge. Sur douze malades ainsi traités, deux seulement sont morts et ces insuccès sont attribués à ce que le mal remontait à plus de quarante-huit heures et que l'infection était déjà effectuée. (*Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.*, décembre 1872.)

Outre sa précision, ce fait acquiert une nouvelle importance en présence des expériences faites par M. Davaine sur le virus du sang charbonneux. Il a constaté qu'à 50 degrés centigrades, ce virus est toujours détruit en cinq minutes ; un quart d'heure au moins est nécessaire à 48 degrés centigrades, et dix minutes à 50 degrés. Le sang charbonneux, non mêlé d'eau, perd sa virulence à 51 degrés centigrades après un quart d'heure.

Il s'ensuit donc pratiquement qu'un fer chauffé à 51 degrés, appliqué sur une pustule maligne, peut tuer les bactéries, c'est-à-dire détruire le virus, surtout au début. Il ne détermine ainsi qu'une cuisson très-tolérable et une rougeur momentanée. Il peut donc être employé dans les cas douteux, de préférence à une opération sanglante très-douloureuse et qui laisse ordinairement des traces. (*Acad. des sc.*, octobre.)

PYÉLITE. *Nouveau signe.* Le plus important est la présence dans l'urine des cellules épithéliales qui tapissent le bassinet et le calice. Par les réactifs, on trouve de l'albumine en excès,

tandis que la quantité d'urée est normale. — La réaction acide de l'urine serait enfin pour Oppolzer le meilleur symptôme de la pyélite. Frappé de l'impuissance de ces moyens, M. Pascallucci a cherché un signe plus certain dans l'examen des cristaux de nitrate d'urée. Voici comment il procède : après avoir examiné l'épithélium qui se trouve dans l'urine, il y verse de l'acide nitrique pour obtenir le nitrate d'urée. Le précipité est alors examiné au microscope. Si le catarrhe est limité à la vessie, la cristallisation du nitrate d'urée est normale, c'est-à-dire que les cristaux se présentent sous la forme de lames rhomboédriques hexagonales, disposées comme les tuiles d'un toit.

Dans la pyélite, ces lamelles sont irrégulières, coupées en angle, et quelques-unes ont la forme de petits pinceaux, de balais et de plumes. Ce signe, constant, serait plus important que tous ceux qui ont été donnés jusqu'à présent. (*Il Morgagni.*)

Q

QUININE. — Voy. Accouchement.

R

RAGE. Pathogénie. *Ratatinement de la vessie.* A la dégénérescence constante des reins, signalée par le professeur Rudnew (de Saint-Pétersbourg), sur les chiens enragés autopsiés par lui, M. Dupont, vétérinaire distingué de Bordeaux, ajoute avoir constamment trouvé un état crispé et pelotonné de la vessie. Elle est dure comme un caillou et ramenée en arrière, sans modifications profondes dans sa texture. Depuis vingt-cinq ans, et dans de très-nombreuses autopsies de chiens enragés, il a toujours trouvé cet organe dans ces conditions, aux différentes périodes du mal. La vacuité de la vessie, qui se rencontre parfois sur les cadavres d'animaux morts d'autres affections, diffère absolument de la crispation et de l'état de rétraction de ses fibres musculaires dans la rage.

Cette lésion correspond à la suppression absolue et constante de la sécrétion urinaire. D'après M. Dupont, elle serait la cause des symptômes de la rage, c'est-à-dire que l'urémie en résultant la produirait. (*Société de méd. de Bordeaux*, avril.)

Cette opinion s'accorde avec celle du professeur Rudnew, qui en trouve la base dans les altérations du rein ; les faits sur lesquels elle s'appuie la corroborent et la fortifient. Mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a des contradictions formelles à faire de la rage une simple urémie. Celle-ci entraîne l'abaissement de la température, comme M. Bourneville l'a démontré, ce qui ne s'observe pas dans la rage, qui est une maladie essentiellement virulente et inoculable. L'état anatomique du rein et de la vessie est donc bien plutôt l'effet que la cause de la rage, sinon de l'anurie qui s'observe dans cette épouvantable maladie.

Ce symptôme n'est d'ailleurs pas général. M. Palat, vétérinaire militaire, a constaté sur au moins trois chevaux enragés, des campements fréquents, suivis de l'expulsion d'une quantité d'urine plus ou moins abondante, et en général foncée. La sécrétion urinaire existe donc bien réellement, et paraît même augmentée parfois. (*Rec. de méd. vétérin.*, juillet.)

Lésions nerveuses. Dans deux cas, M. Clifford Allbutt a constaté une grande congestion vasculaire des centres nerveux, avec exsudation dans les tissus environnants des circonvolutions cérébrales, le mésocéphale, la protubérance, la moelle allongée et la moelle épinière. Les parois étaient épaissies par places avec des plaques de prolifération. Une diminution de consistance s'observait surtout dans la moelle, paraissant due à une infiltration séreuse et même sanguine. La désintégration granuleuse de Clarke existait par places conjointement avec la tuméfaction de la rate. (*Pathol. Society* et *Med. Record.*)

Ces altérations nerveuses ont également été observées par M. Neveu, dans les nerfs trijumeaux et les ganglions de Gasser du côté mordu chez un jeune garçon. (*Soc. de biol.*, 1872.)

Succès du bromure de potassium. Un paysan de quarante-trois ans fut mordu par un chien enragé à la fesse droite, dont la plaie fut cautérisée quatre heures après avec le fer rouge. Un mois après, des troubles nerveux se manifestent et augmentent le lendemain, avec physionomie abattue, sentiment de constriction à l'épigastre et au gosier. Le docteur Navarini, chirurgien en chef de l'hôpital de Brescia, prescrit 3 à 4 grammes de chloral la nuit pour provoquer le sommeil. C'est en vain. La nuit du troisième jour est encore plus agitée, avec anxiété, voix

rauque, contraction tétanique du bras droit, du thorax et du cou, avec prévisions lugubres, hallucinations. Le malade est mélancolique, abattu, découragé le lendemain matin. On donne alors 4 grammes de bromure de potassium en solution. L'amélioration est évidente, la nuit est plus tranquille, et, en augmentant la dose, le calme revient et la mélancolie disparaît.

Huit jours après la cessation de ce traitement, les mêmes accidents reparaissent, moins intenses. On donne 6 grammes de bromure, et ils disparaissent comme la première fois. Le malade sort de l'hôpital, et la guérison s'est maintenue depuis. (*Ann. delle sc. med.*, août.)

Bien que l'auteur ne donne pas ce fait comme un cas confirmé de rage, il l'a à tort intitulé : *Hydrophobie*, puisque ce symptôme essentiel n'est pas plus constaté que les dates de cette observation importante.

RAMOLLISSEMENT. Ramollissement cérébral des nouveau-nés. Naturellement mou, l'encéphale des nouveau-nés est souvent trouvé ramolli à l'autopsie, sous la simple influence cadavérique. Mais il se ramollit aussi fréquemment pendant la vie intra-utérine et après la naissance, suivant les recherches de M. Parrot. Il en distingue deux sortes : le *ramollissement blanc à foyers multiples*, ayant pour siége les centres hémisphériques, et le *ramollissement rouge*, toujours plus étendu et avec hémorrhagie. Séparées ou réunies, ces lésions se rattachent à des thromboses ou des embolies locales, ou bien à des altérations du sang ou d'autres viscères, et spécialement du tube digestif. Des dégénérescences secondaires des centres nerveux peuvent s'ensuivre, et il résulte des vingt-huit observations nécropsiques de l'auteur que le ramollissement encéphalique est aussi fréquent au commencement de la vie qu'à la fin. Il est remarquable de plus que la déchéance de la nutrition en est la cause dans les deux cas. (*Arch. de physiol.*, nos 1, 3.)

RECTUM. *Éversion.* C'est la méthode employée depuis longtemps par le docteur H. Storer (de Boston), pour l'examen et le traitement des maladies du rectum chez la femme. Elle consiste, la femme étant couchée sur le côté, à introduire l'index dans le vagin à une hauteur suffisante et de presser alors fortement en arrière et en bas sur le sphincter de l'anus. Ce muscle en se relâchant laisse passer une grande partie de

la paroi rectale et parfois toute sa circonférence, de manière que le doigt en est coiffé, comme d'un gant, en franchissant l'orifice anal. Si celui ci est hypertrophié, irritable et résistant, comme dans quelque cas, et que la pression digitale reste insuffisante pour amener l'éversion, au moins dans une étendue convenable, il ne s'agit que de rompre le sphincter par la dilatation manuelle forcée.

L'auteur dit avoir employé cette méthode avec succès dans un grand nombre de cas et être arrivé ainsi à un diagnostic plus précis que par le toucher ou le spéculum, dans les cas d'ulcérations, de fistules, d'hémorrhoïdes, de corps étrangers, de même que pour leur traitement. Il peut ainsi cautériser avec plus de précision et de sûreté, même avec le fer rouge. Elle est ainsi d'un grand secours, selon lui, pour guider le chirurgien dans l'anus imperforé. (*Lancet*, 31 mai.)

Cette méthode paraît aussi étrange et difficilement applicable chez la femme, que celle du professeur Simon (de Berlin) qui prétend introduire la main entière dans le rectum et parcourir ainsi tout le gros intestin. Ce sont là des procédés qui n'auront jamais beaucoup d'imitateurs. Aussi celui de l'éversion publié et pratiqué par son auteur, depuis dix ans, est-il resté inconnu en Europe et presque inappliqué en Amérique. Ce n'est qu'une ressource extrême à tenter dans certains cas exceptionnels.

REINS. *Contusion.* Malgré le siége profond des reins dans la région lombaire et leur petit volume, ces organes sont plus exposés à la contusion qu'on pourrait le penser *à priori*. C'est ainsi qu'en en rapportant une observation chez une petite fille de quatre ans, qui, renversée de voiture, présenta une large ecchymose de la région rénale gauche avec hématurie, M. le docteur Andant (de Dax) ne signale que celle de M. Notta. Mais il y en a bien d'autres, comme en témoigne la thèse récente de M. Bloch. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

Cet accident peut avoir une gravité très-grande, en déterminant des abcès, et l'on peut même se demander s'il n'a pas une certaine influence sur la mobilité des reins dont l'étiologie est encore si incertaine et obscure.

Action hémostatique de la térébenthine. Un homme de quarante-cinq ans, tombé sur le côté gauche d'une hauteur de 4 mètres, présentait le lendemain une contusion du flanc avec

fracture de la crête iliaque et hématurie. L'urine sanguinolente, laisse déposer une bouillie rouge noirâtre. Elle continuait depuis dix jours, lorsque des capsules d'essence de térébenthine furent administrées par M. le docteur Martel. Dès le lendemain, les urines redevinrent limpides. Il s'agissait donc là probablement d'une contusion du rein. (*Bull. de thér.*, octobre.)

De la contusion du rein, d'après l'examen comparé de quarante observations, thèse inaugurale par M. le docteur Ad. Bloch, in-4° de 122 pages, Paris, Monographie complète de ces lésions toujours graves dont les observations, collectées dans les auteurs, sont réunies ici pour mieux en montrer les conséquences et constituer *un vrai traité* de la contusion du rein. — Voy. ALBUMINURIE.

RÉSECTIONS. Résection du maxillaire inférieur. *Nouveau procédé.* Afin de prévenir l'introduction du sang dans les voies respiratoires et digestives qui provoque des vomissements et des coliques et peut entraver ainsi l'opération et nuire à son succès, M. Verneuil a procédé comme suit, dans un cas d'hyperostose énorme de la branche horizontale. Une incision courbe extérieure contourne le maxillaire d'un masséter à l'autre; dissection en haut jusqu'à la muqueuse exclusivement et de même en bas. Les deux angles de la mâchoire sont ainsi mis à nu. La muqueuse est alors perforée avec une sonde cannelée à chacun de ces angles pour passer la scie à chaîne avec le stylet aiguillé et la résection est ainsi opérée. Les adhérences de la tumeur dans la bouche ont pu être détruites ensuite, sans qu'il y pénétrât à peine quelques gouttes de sang.

Le même procédé a pu être suivi dans les résections partielles du maxillaire supérieur, c'est-à-dire en conservant la voûte du palais pour le dernier temps de l'opération. (*Soc. de chir.*, juillet.)

M. Daniel Molière a complété ce procédé en fermant ensuite la bouche au pus de la plaie par une suture profonde de la muqueuse divisée. Employée dans un cas qu'il relate, cette réunion s'est maintenue les cinq premiers jours, sans la moindre odeur purulente dans la bouche. Le pus s'est ensuite facilement écoulé à l'extérieur. Malheureusement le malade a succombé. (*Gaz. hebd.*, n° 37.)

Résection étendue de l'humérus. *Régénération périostique.* Dans une fracture comminutive de la diaphyse humé-

rale droite, par coup de feu avec section du nerf radial, chez un homme de trente-trois ans, des frissons avec sueurs s'étant manifestés vingt jours après l'accident, M. Nicaise proposa l'amputation qui fut refusée absolument. Il ouvrit dès lors le foyer de la fracture, dans une étendue de 14 centimètres, il en extrait de nombreuses esquilles adhérentes, en ménageant soigneusement le périoste et sans réunir les deux fragments, distants l'un de l'autre de 13 à 14 centimètres, il place le membre dans une gouttière. L'état général et local s'améliore rapidement, et, en quarante jours, un cylindre volumineux réunit les deux extrémités de l'os, sans roideur dans les articulations de l'épaule ni du coude. Sept mois après, la guérison est complète, tout gonflement a disparu, la diaphyse nouvelle a le même volume que du côté sain ; le raccourcissement est de 1 centimètre, la paralysie seule subsiste, tout en permettant à l'opéré d'exercer son état de tailleur de pierres.

La régénération osseuse, dans ce cas, n'a donc pu avoir lieu que dans le périoste, puisque ni la moelle, ni le bourgeonnement des fragments, ni le tissu conjonctif n'ont pu y prendre part. Cet exemple d'une reproduction osseuse aussi régulière et étendue est donc remarquable, surtout en raison de l'âge du blessé. (*Soc. de chir.*, février.)

Le gonflement des tendons extenseurs s'est montré, dans ce cas, comme pour démentir l'étiologie saturnine qui lui avait été attribuée à tort. — Voy. Paralysies, 1868.

Ankylose accidentelle du coude. Fondé sur ce fait que, dans les fractures du coude, l'humérus seul est lésé, le docteur Watson (d'Édimbourg) a exécuté un nouveau procédé, n'intéressant que l'humérus, pour lever l'ankylose accidentelle du coude par une incision linéaire sur le côté interne de l'olécrâne, plus longue que celle faite habituellement. Le nerf étant mis de côté, un bistouri boutonné, introduit en avant et en arrière de l'humérus, en divise les attaches capsulaires ; le condyle interne et la trochlée sont ensuite séparés avec des pinces, puis le condyle externe est séparé et libre ainsi ; l'extrémité humérale est amenée au dehors et sciée à angle droit, sans aucune lésion des parties molles du côté externe du bras.

Cinq succès sur six cas ont déjà montré la valeur de ce procédé en rendant des mouvements à l'articulation ankylosée après cette excision. (*Édinb. med. Journ.*, mai.)

Résection du coude. *Modification du procédé Nélaton.* Hueter commence par une incision préliminaire, de 1 à 2 centimètres de long, pratiquée longitudinalement sur l'épitrochlée, plutôt en avant qu'en arrière ; ce qui permet d'en détacher les insertions musculaires et ligamenteuses. Il enfonce ensuite la pointe du couteau immédiatement au-dessus de l'épicondyle et pratique une grande incision longitudinale externe, coupant les ligaments latéral externe et annulaire du radius, ainsi que la capsule qui est largement ouverte. La tête du radius est réséquée. Le doigt est introduit dans l'articulation ; la capsule est sectionnée ou détachée avec le périoste, en avant et en arrière de ses insertions humérales. Puis, l'humérus est facilement luxé en dehors par la section préalable du ligament latéral interne, sans danger de léser le nerf cubital. La résection en est faite alors. En faisant saillir l'olécrâne dans la plaie, le triceps se trouve tendu ; on en détache les insertions, ainsi que celles du brachial intérieur, en rasant l'os pour conserver le tendon ; puis, on résèque l'extrémité supérieure de l'humérus.

Sur 7 observations de cette résection, il n'y a eu qu'un décès par infection purulente ; les 6 autres opérés ont guéri, sans complication notable, avec une articulation solide pouvant exécuter des mouvements volontaires.

Les avantages de ce procédé sont : la protection du nerf cubital, qui n'est même pas découvert ; le facile écoulement du pus ; le détachement des tendons et l'ouverture des bourses séreuses prévenant les abcès. En quatre à six semaines, la consolidation est assez avancée pour permettre d'exécuter quelques mouvements qui préviennent l'atrophie musculaire.

Dans le cas d'ankylose solide, il suffit d'étendre l'incision interne et de détacher les parties molles par cette incision. (*Deutsche zeitschr. für chir.*, novembre 1872.)

M. Thomas Annandale préfère, dans ce dernier cas, pratiquer deux incisions longitudinales de quatre pouces environ, dont l'interne est, comme dans le procédé précédent, en dehors du nerf cubital ; l'autre est en dedans de la saillie du condyle de l'humérus. On dissèque les parties molles en rasant également le périoste. L'extrémité inférieure de l'humérus est mise à nu sans toucher aux insertions tendineuses. Le bec de l'olécrâne est ensuite réséqué et les adhérences tendineuses et fibreuses détachées avec soin, et, en passant une scie étroite entre les parties molles au-devant de l'articulation, on résèque

l'extrémité inférieure de l'humérus. (*Lancet*, décembre 1872.)

Ce procédé n'a été appliqué que dans un cas de succès rapporté à l'appui ; mais il peut se présenter tant de variétés dans ces ankyloses résultant de fractures ou d'autres lésions articulaires, qu'il est permis de se demander si ce n'est pas là une exception et s'il sera également applicable à tous les cas.

D'un mémoire fait sous l'inspiration de M. Demarquay et fondé sur les faits observés aux ambulances de la Presse, pendant la guerre de 1870, le docteur Cousin conclut :

1° Que la résection du coude, en temps de guerre, est une bonne opération.

2° Ses indications sont : des fracas osseux peu étendus, à fragments multiples ou quand la fracture, bornée à un seul os, n'a pas des fragments nombreux.

3° Elle doit être primitive et totale.

4° Il faut rechercher la pseudarthrose ; mais l'ankylose à angle faiblement obtus est préférable.

5° Bien qu'aussi grave que l'amputation du bras, elle a l'avantage de conserver un membre utile.

6° La gouttière pendant les premiers jours, puis les appareils plâtrés, vernis et fenêtrés, et plus tard des mouvements sagement mesurés, sont les meilleurs moyens de traitement.

7° Des dégâts osseux, nerveux, vasculaires, musculaires en sont une contre indication formelle et exigent l'amputation. (*Union méd.*, nos 71, 72.)

Conservation des mouvements. Une observation de M. le docteur Pilate (d'Orléans) vient plus que confirmer les conclusions précédentes et démontrer que la conservation de la gaîne périostique n'est pas indispensable à la conservation des mouvements, comme le prétend M. Ollier.

Un éclat d'obus, du volume d'une balle, avait pénétré à la partie antéro-externe de l'articulation du coude chez un soldat du 126e de ligne, à la bataille de Champigny. Ce corps étranger fut retiré de suite. On constate ensuite que les têtes du radius et du cubitus étaient brisées en plusieurs fragments. L'humérus était intact. L'ouverture avait 2 à 3 centimètres de diamètre.

La résection, faite suivant le procédé de Roux, fut rapide. Les lambeaux écartés, les esquilles furent extraites, le nerf cubital disséqué et les ligaments internes coupés. D'un trait de

scie, on retrancha ce qui restait des extrémités supérieures du radius et du cubitus. Il fut aussi enlevé une portion de la trochlée humérale, à peu près les trois quarts de la surface articulaire. La résection avait donc porté sur une petite partie de l'humérus et sur 4 centimètres environ du radius et du cubitus. Les incisions furent suturées, en laissant, à leur entrecroisement, un intervalle pour la suppuration, ce qui permettait aussi un libre accès dans la cavité articulaire, afin de pouvoir par la suite y faire des injections. Le membre fut placé dans une gouttière coudée, matelassée par des feuilles d'ouate recouvertes de taffetas gommé.

L'irrigation continue pendant douze jours, le drainage de la plaie, n'empêchèrent pas un phlegmon de l'avant-bras. Néanmoins, deux mois après, il ne restait plus que deux petites fistules. Des mouvements étaient imprimés de temps en temps. Dix mois après sa blessure, l'opéré se servait de son bras et en exécutait tous les mouvements, au point de pouvoir reprendre sa profession d'armurier. Une nouvelle articulation s'est donc reformée, au lieu de l'ankylose ou de la pseudarthrose qui se voient le plus souvent. C'est là une exception très-rare. M. Pilate l'attribue au peu de longueur des portions d'os enlevées et au rétablissement des attaches musculaires. Il est probable que l'insertion radiale du biceps a été ménagée ou fort peu endommagée. La tête du radius a pu être retranchée sans léser le tendon d'insertion du biceps. Quant au brachial antérieur, ses attaches au cubitus ont été nécessairement détruites; mais ce muscle aura contracté de nouvelles adhérences. Le triceps s'est aussi créé de nouvelles attaches. Enfin les muscles de la pronation et de la supination ont été moins endommagés, sauf le court supinateur. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Résection du genou par coups de feu. Dans un mémoire sur ce sujet (*Aerzt. Intell.*, n° 9), Nussbaüm condamne la chirurgie conservatrice dans les blessures de l'articulation du genou et préfère l'amputation de la cuisse si les vaisseaux ou les nerfs sont lésés, et la résection s'ils sont intacts ainsi que la jambe et le pied. Durant une pratique de seize ans, y compris les trois guerres allemandes, sur 64 amputations de la cuisse, 57 furent fatales, et sur 41 résections du genou, il n'y eut que 22 morts; soit l'énorme différence de 89 à 53 pour 100. Malgré l'incertitude des résultats positifs de la résection, il la trouve

préférable en temps de paix comme en temps de guerre. Plus la résection de la membrane synoviale, des capsules et des cartilages est complète, moins dangereuse est l'opération et la cicatrisation plus prompte. Aussi conclut-il en faveur de cette opération.

Mais M. Mac Cormac, en reproduisant ce travail, le trouve beaucoup trop absolu. Il a entendu dire à Langenbeck que, durant la dernière guerre, 150 cas au moins de plaies pénétrantes du genou avaient guéri par la conservation. Il est généralement admis en Angleterre que, toutes choses égales, la résection du genou est plus dangereuse que l'amputation au tiers inférieur de la cuisse, comme la statistique le prouve. Il trouve donc les conclusions du chirurgien bavarois peu fondées. (*Lond. med. Record*, novembre.)

L'expérience confirme de plus en plus que c'est une mauvaise opération, plus fatale que l'amputation de la cuisse. Voici une nouvelle statistique dressée par le docteur E. Küster qui le prouve.

Sur 6 cas, 2 sont mortels; 1 autre après l'amputation secondaire, et dans 2 cas, le résultat était incomplet.

Sur 66 cas rapportés par Lotzbeck, il y eut 48 morts.

Sur 26 résections faites par Nussbaüm, il y eut 19 morts, dont 3 de diarrhée.

En tout : 98 cas dont 70 morts, proportion supérieure à celle de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur qui est de 60 pour 100. (*Berl. klin. Woch.*, avril.)

RESPIRATION. A la suite d'une longue relation des investigations expérimentales sur la physiologie du cœur, qu'il a faite sur des grenouilles à l'Institut physiologique de Leipzik, le docteur Luciani annonce un fait d'une grande importance. Il est arrivé à produire expérimentalement un *rhythme périodique des mouvements respiratoires* semblable à celui du cœur, en divisant, chez les lapins et les chiens, la moelle allongée dans un point déterminé. De notables progrès sur la physiologie du centre respiratoire pourront être la conséquence de cette découverte, si elle se confirme. Mais l'auteur n'en dit pas davantage; attendons. (*Rivista clin. di Bologna*, août et septembre.)

RÉTRÉCISSEMENTS. **Rétrécissement mitral.** *Dicrotisme.* Ce fait s'est révélé à M. Lépine dans trois cas parfaitement

caractérisés par le sphygmographe. Le tracé donnait un dicrotisme très-prononcé, aussi marqué que dans la fièvre typhoïde, bien que la température thermométrique fût normale. L'auteur attribue ce signe à la diminution de la tension artérielle résultant de la diminution de volume du sang, tandis que, la force du ventricule étant la même, le dicrotisme se produit facilement. La gêne de la respiration chez les malades l'explique bien mieux selon M. Carville. (*Soc. de biol.*, avril.) — Voy. Pouls.

Rétrécissement de l'urèthre. Nouveau et curieux est le rapport établi entre la cataracte, les rétrécissements de l'urèthre et les engorgements de la prostate, le 4 novembre dernier, devant la Société médicale de Londres. Reste à savoir s'il est réel. Fondée sur 56 autopsies de cataractés, dont 17 furent trouvés atteints de rétrécissements, cette communication de M. Hogg aurait pu passer presque pour une excentricité anglaise si le président, M. Bryant, n'avait fait remarquer que les obstacles à l'émission de l'urine, qu'ils viennent de la prostate ou de l'urèthre, produisent, par leur retentissement sur les reins, des maladies de ces organes qui, à leur tour, réagissent directement sur la vue, comme on sait. A ce titre, il y a donc lieu de rechercher sérieusement s'il y a connexion entre ces deux affections.

M. Furneaux-Jordan a aussi imaginé et exécuté un nouveau procédé de franchir sûrement tous les rétrécissements de l'urèthre. Dans un cas de rétention d'urine avec impossibilité de sonder le patient, il introduisit un bistouri pointu sur l'index gauche dans le rectum, et, arrivé sur la portion membraneuse de l'urèthre, à un pouce et quart de l'anus, il incisa d'arrière en avant sur la paroi antérieure et moyenne du rectum. Le doigt put alors aisément traverser le rétrécissement et arriver dans la vessie. Une sonde, introduite par cette ouverture, vint sortir par le méat, et son pavillon étant réséqué, cette extrémité fut dirigée dans la vessie. L'urine put alors s'écouler librement. La sonde, enlevée après vingt-quatre heures, fut remplacée par une plus volumineuse, introduite par le méat, et ainsi de suite jusqu'à guérison complète. (*British med. Journ.*, novembre.)

Ce procédé n'est pas absolument nouveau ; il a été employé dans des cas de nécessité, par suite de rupture traumatique de l'urèthre, où il s'agissait de reformer artificiellement ce canal.

Mais est-il aussi justifiable dans celui-ci? L'auteur dit bien qu'en ouvrant ainsi l'urèthre en avant de la prostate, on évite plus sûrement le danger de blesser le péritoine que par la ponction rectale de la vessie, surtout dans la rétention causée par d'anciens rétrécissements ; mais le danger de la fistule rectale et la difficulté d'appliquer ce procédé nous paraissent s'opposer à sa généralisation.

Rétrécissements du rectum. Étiologie. Contrairement à l'opinion accréditée, M. Alph. Guérin admet leur nature syphilitique, de même que pour les rétrécissements du gosier. Ceux que l'on a pris pour des angines scrofuleuses ne sont souvent que des manifestations de la syphilis constitutionnelle. Ceux du rectum ne sont pas des manifestations syphilitiques, mais des résultats de manifestations syphilitiques. La syphilis produit une gomme, une ulcération avec hypertrophie des tissus. Si on laisse la maladie marcher, au bout d'un certain temps, il n'existe plus que le reliquat de la lésion syphilitique, l'altération définitive et irrémédiable du tissu, le rétrécissement, en un mot, contre lequel les spécifiques sont désormais impuissants. Il ne faudrait donc pas arguer de l'insuccès du traitement interne pour conclure à l'origine non syphilitique du rétrécissement.

Leur étiologie multiple implique un traitement varié suivant les espèces. Si le rétrécissement est annulaire et pas trop ancien, il y a lieu d'essayer la dilatation graduelle qui a donné à Roger, à Desault et autres chirurgiens anciens, les meilleurs résultats.

Lorsqu'il est très-dur, que les tissus ne cèdent pas à la dilatation, c'est une preuve que le rétrécissement est très-ancien ; il faut recourir à l'incision.

La rectotomie interne ne convient qu'aux rétrécissements annulaires de peu d'étendue. Lorsqu'ils sont formés par des tissus très-épaissis et dans une étendue considérable, il y a lieu de préférer la rectotomie avec l'écraseur linéaire, qui coupe les tissus de dehors en dedans.

Enfin, dans les cas où le rétrécissement occupe une trop grande étendue du rectum, M. Guérin ne pense pas que l'opération soit indiquée : il faut alors se borner à la dilatation concurremment avec le traitement interne. (*Soc. de chir.*, janvier.)

C'est aux profondes incisions que M. le docteur Lente a recours comme M. Verneuil (voy. *année* 1871), après s'être

convaincu avec M. Dolbeau que la dilatation même forcée ne rompt jamais complétement le sphincter, mais elle en empêche efficacement la réunion consécutive. Une ou deux incisions profondes lui paraissent moins dangereuses que des incisions multiples superficielles et des mouchetures qui provoquent plus souvent des abcès et les ulcérations par la rétention du pus et des matières fécales. Deux succès, obtenus par ce procédé, chez des femmes, sont les seules preuves à l'appui.

Les rétrécissements du rectum sont moins rares qu'on ne l'admet généralement suivant l'auteur, car ils sont méconnus et souvent confondus avec des affections utérines. La plus grande proportion résulte de l'extension des chancres de la vulve. C'est donc là un écho des opinions françaises. (*Amer. Journ. of med. sciences*, juillet.)

Électrolyse. M. Le Fort a employé ce moyen dans un cas où le rétrécissement, situé à 9 ou 10 centimètres de l'anus, était dur, sans nature déterminée. Une canule en gutta-percha, contenant deux fils de cuivre faisant saillie à sa surface, était introduite la nuit pendant dix à douze heures et les fils mis en communication avec quatre éléments de Trouvé. L'autre pôle était appliqué sur le ventre. Les fils produisaient de petites eschares en même temps que le cône agissait comme dilatateur. Après un mois, la malade sortit de l'hôpital comme guérie. (*Soc. de chir.*, février.) — Voy. Colotomie.

Des rétrécissements du rectum; appréciation des diverses méthodes thérapeutiques, thèse inaugurale par le docteur Pinguet, 67 pages in-4°, Paris.

Rétrécissements du col utérin. Depuis 1865, M. Kœberlé n'a plus recours à la dilatation lente avec l'éponge préparée ou la laminaire que par exception. Ces moyens sont souvent d'une application difficile et déterminent parfois des crampes fort douloureuses et incommodes pour les malades. Il leur préfère la dilatation rapide, qu'il obtient au moyen de sondes de calibres de plus en plus gros et de pinces à polypes à mors minces, dont on augmente graduellement l'écartement une fois qu'elles sont engagées dans la partie à dilater.

Ce procédé n'a jamais produit d'accidents graves, et a été employé par lui dans deux cas d'accouchement où l'ouverture

du col était insuffisante. La dilatation du col prend en moyenne deux ou trois séances de dix minutes chacune, et M. Kœberlé en apprécie le degré par l'écartement correspondant des branches restées en dehors. (*Soc. de méd. de Strasb.*, août.)

Dilatation extemporanée. Le docteur L. Ellinger (de Stuttgart) préconise, à cet effet, une pince analogue à la sonde utérine ordinaire, laquelle, par un ressort ingénieux, placé à trois pouces environ de l'extrémité, écarte parallèlement les deux branches et détermine ainsi une dilatation rapide.

Il l'a employée dans les 10 cas suivants : dysménorrhée avec stérilité et anémie, dysménorrhée avec hystérie, rétroflexion et névralgie faciale ; dysménorrhée chez une vierge ; dysménorrhée avec rétroflexion et adhérences ; aménorrhée avec onanisme ; ménorrhagies ; endométrite chronique avec leucorrhée ; polypes placentaires.

Dans tous ces cas, l'emploi de cette pince s'est montré bien supérieur à tous les divers autres moyens employés par sa facilité et sa rapidité. C'est donc un moyen à essayer. (*Arch. für Gynæk.*, vol. V.)

Hystérotomie. En se faisant l'avocat convaincu de cette méthode, tant employée par les gynécologistes anglais et américains, M. Marion Sims entre autres, surtout contre la dysménorrhée mécanique et la stérilité, M. Percy Boulton apporte un nouvel instrument et de nouveaux faits en sa faveur. L'instrument est un lithotome caché, portant deux lames latérales. Il n'a besoin d'être introduit qu'une seule fois pour faire le débridement bilatéral, et son petit volume le rend d'une introduction plus facile que les autres instruments de ce genre ; enfin, on peut s'en servir sans l'aide du spéculum, ce qui est important chez les filles vierges. Pour tout pansement consécutif, M. Boulton emploie une tige élastique creuse, qui laisse un écoulement facile au liquide ; il suffit de vérifier chaque jour avec le doigt si elle est restée en place.

L'hémorrhagie et l'inflammation péri-utérine sont les seuls dangers à redouter. Sur 100 opérations pratiquées par Th. Hawkes Tanner et lui, il n'a jamais vu la seconde complication, et il a observé une seule hémorrhagie dont le tamponnement eut raison. Sur 500 hystérotomies faites par MM. Marion Sims et Emmet, il y a eu un seul phlegmon péri-utérin, chez

une malade qui en avait eu un antérieurement. Sur 300 opérations, M. Greenhalgh a eu une hémorrhagie profuse arrêtée par le tamponnement, une péritonite mortelle et cinq phlegmons péri-utérins ; on sait, du reste, que ceux-ci ne sont pas rares après l'emploi des cônes d'éponge préparée. En somme, sur 900 cas, il n'y a eu qu'une mort, deux hémorrhagies et six phlegmons péri-utérins. Pour prévenir ces derniers, il faut empêcher les opérées de se lever trop tôt ; elles doivent garder le lit pendant deux ou trois semaines.

Dans 6 cas relatés, l'auteur a, par l'hystérotomie, obtenu la double guérison de la dysménorrhée et de la stérilité ; deux de ces femmes avaient été déjà traitées sans succès par la dilatation. (*Soc. Harvéienne,* mars, et *Obstetrical journal*, avril.)

M. le professeur Courty (de Montpellier) s'est aussi convaincu que la dilatation lente ou brusque ne suffit pas toujours. La guérison brusque peut guérir des contractures en étant soutenue quelques heures après. Lente et renouvelée, elle est surtout utile dans les rétrécissements organiques où elle peut provoquer la résolution graduelle de l'hypertrophie pathologique, si elle est encore récente. Mais le tissu inextensible, dans certains cas, s'oppose à toute dilatation et il faut en venir au traumatisme.

M. Courty emploie trois procédés : 1° le débridement instantané, en substituant aux hystérotomes, qui coupent trop peu ou trop profondément, un ténotome boutonné, droit, concave ou convexe, selon les cas, à lame étroite et à long manche, en fixant le col avec des pinces érignes ; 2° le passage d'un anneau métallique en dehors de chaque commissure et sa constriction graduelle consécutive. Cette nouvelle méthode consiste à introduire, dans une sonde, une aiguille que l'on fait sortir, par une vis de pression, de dedans en dehors, de l'une des commissures. Cette aiguille porte un fil métallique que l'on dégage ensuite et, la même chose étant faite sur la commissure opposée, on a ainsi, après une quinzaine de jours, deux orifices sans plus de tendance à s'oblitérer que l'ouverture du lobule de l'oreille. Il suffit de serrer ensuite graduellement ces deux fils pour que la section des tissus, compris entre eux, soit bientôt complète sans effusion de sang, sans accidents ni douleur. On a ainsi une ouverture longitudinale définitive.

Le troisième est l'autoplastie de l'orifice utérin qui se fait par la simple suture des muqueuses après incision bilatérale ou par l'apport de lambeaux sur la partie réséquée du col conique,

ou enfin de deux lambeaux latéraux retenus par une suture dans chaque commissure. Ce dernier, employé dans 12 cas, a donné des résultats satisfaisants et durables. Les douleurs dysménorrhéiques ont cédé chez toutes les malades et trois d'entre elles ont cessé d'être stériles. (*Soc. de chir.*, avril.)

RHUMATISME. Siége. M. Peter a remarqué que le rhumatisme frappe surtout les tissus des plus basses organisations : les articulations et les séreuses, et par ordre de fréquence celles qui fatiguent le plus. Ainsi les articulations des membres inférieurs, celle du genou en tête. Aux membres supérieurs, le droit est le plus souvent atteint. Dans l'endocarde, les valvules sont le plus fréquent siége des lésions rhumatismales. La valvule mitrale, si souvent lésée, l'est surtout à son bord libre et sur ses faces internes s'appliquant l'une contre l'autre.

Dans les grandes séreuses, le péricarde est le plus souvent atteint, surtout sur la face antérieure du ventricule gauche et le feuillet costal correspondant. C'est encore au lieu du frottement que s'observe l'altération, puis viennent la plèvre et le péritoine. De là la rareté relative de la péritonite puerpérale. (*Soc. de méd. de Paris*, décembre 1872.)

Traitement. *Propylamine* et *triméthylamine*. Sans être inconnus en France, ces nouveaux médicaments (voy. Propylamine) étaient restés complétement inusités en thérapeutique, quoiqu'ils y fussent introduits, il y a près de trente ans, par le professeur Awenarius (de Saint-Pétersbourg) qui, le premier, les employa avec succès en 1854, dans plus de deux cent cinquante cas de rhumatisme aigu plus ou moins compliqué. Voici sa formule :

℞	Propylamine	20 gouttes.
	Eau distillée	180 grammes.
	Oléo-saccharure de menthe poivrée.	10 —

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

(*Remarques sur la propylamine; Journ. de phys. et chim.*, 3e série, t. XXV, 1859.)

Quoique publiées deux ans après, ces expériences ne furent pas remarquées, si ce n'est d'un savant belge, V. Guibert, à qui la thérapeutique est redevable d'un ouvrage très-bien fait sur les nouveaux médicaments. Le docteur Kaleniczenco

publiait, il y a quelques années, une intéressante monographie des *médicaments propylamiques*, mais à un autre point de vue.

Ces travaux n'eurent pas le don de mettre en évidence les agents thérapeutiques nouveaux. Ce n'est qu'en 1872, que M. le docteur G. Namias (de Venise) publie dans le *Giornale veneto di scienze mediche*, mai et juin, un important mémoire original, sur la question. Dans deux cas de rhumatisme articulaire et dans d'autres de rhumatisme musculaire, il a employé la potion suivante :

℞ Propylamine.	1	gramme.
Eau commune.	150	—
Sirop simple.	20	—

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Les effets en sont très-rapides, et surtout sensibles sur la circulation. Le pouls est moins fréquent et moins fort. L'action en est beaucoup plus rapide et énergique que celle de la digitale et de la digitaline. D'après ses observations comparatives, la propylamine est aussi mieux supportée par l'estomac que ces médicaments. Il a donc eu l'idée de la substituer à la digitale dans tous les cas où celle-ci est habituellement employée. Elle détermine également une diurèse assez abondante. Il l'a administrée, en conséquence, contre les affections cardiaques ou vasculaires avec hydropisie. Un de ces malades en a pris 2 grammes pendant plusieurs jours. La transpiration cutanée a notablement augmenté, et cependant les urines sont devenues plus abondantes, en même temps que le pouls perdait sa dureté et devenait régulier.

En somme, les principaux effets obtenus sont analogues à ceux de la digitale. Mais la propylamine est mieux supportée. Les enfants et les vieillards s'en accommodent également ; son emploi n'est pas suivi d'accidents et ne fatigue pas les voies digestives.

Sur l'avis du professeur Awenarius, le docteur John Gaston l'avait employée précédemment en Amérique, sous la formule suivante :

℞ Propylamine	50, 80 ou 100 gouttes.
Eau distillée.	250 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures pour un adulte.

Depuis huit ans, il a soigné un très-grand nombre de cas de

rhumatisme articulaire aigu, et il est tellement confiant dans la puissance de la propylamine, qu'il est presque toujours sûr d'obtenir une amélioration des plus sensibles au bout de trente-six à quarante-huit heures. Mais il faut noter qu'il employait concurremment le sulfate de quinine avec la propylamine ; ce qui ne permet pas d'établir très-nettement ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces médicaments. D'ailleurs, en Amérique, la propylamine paraît assez répandue ; et, dès 1859, William Procter a fait connaître les différents modes de préparation de cette substance. (*Indiana journ. of med.*)

Ces publications piquèrent la curiosité des médecins anglais et français, et les résultats annoncés ont incité M. Dujardin-Beaumetz à essayer la propylamine à la Maison municipale de santé, sur sept rhumatisants, sous la forme suivante :

℞ Propylamine.	50 cent. à 1gr,50 et 1gr,75
Eau de tilleul	120 grammes.
Sirop de morphine.	20 —
Essence d'anis.	q. s.

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Voici le résumé de ces sept observations :

I. Rhumatisme sub-aigu, résistant depuis cinq mois à toute espèce de traitement : purgatifs, sulfate de quinine, vésicatoires et teinture d'iode. Dès le surlendemain de l'administration, une amélioration notable s'était produite, et un mois après, le malade, entré infirme, sortait assez complétement guéri pour reprendre ses fonctions. La propylamine avait été administrée pendant trois semaines ; la dose n'avait pas dépassé 1 gramme.

II. Résultat plus décisif encore. Rhumatisme articulaire aigu à sa troisième attaque ; les précédentes ayant duré quatre à cinq semaines. Le 10 septembre, on donne vingt gouttes de propylamine, et le lendemain, l'amélioration était telle que le malade éprouvait à peine quelques douleurs ; quatre jours après, il était complétement guéri.

III. Première atteinte le 21 septembre ; le 25, on donne 1 gramme de propylamine ; le 6 octobre, le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

IV. Troisième attaque le 15 septembre. Entré à l'hôpital le 1er octobre ; le 3, administration de la propylamine, et le 21, le malade était guéri.

V. Cinquième attaque datant de quinze jours, quand le ma-

lade entre le 27 août à l'hôpital Lariboisière, service de M. Oulmont. On donne 1 gramme de propylamine et six jours après, le 3 septembre, la guérison était complète.

VI et VII. Observations recueillies dans la pratique civile. La maladie n'a duré que huit à dix jours, et le traitement de six à huit.

Jamais la potion n'a déterminé de nausées ni de vomissements, mais au-dessus de 1 gramme à 1gr,50, les malades se plaignent d'ardeur dans l'arrière-gorge et de chaleur vive de l'estomac. L'amélioration est souvent si rapide que douze heures après, les malades accusent un grand soulagement. Les douleurs sont moins vives et les mouvements mieux supportés.

En cessant intentionnellement le remède pour mieux tromper le malade, une recrudescence s'est toujours manifestée dans les phénomènes articulaires et le malade réclamait à grands cris la propylamine.

Le premier effet observé est la disparition de la douleur, qui a lieu du jour au lendemain : en vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus. Puis la rougeur, le gonflement des jointures diminuent, et, en même temps, la fièvre décroît. Les sueurs paraissent légèrement augmenter ; l'appétit revient rapidement ; la guérison est complète, quant à l'attaque, dans un temps variant de quatre à dix jours, sans rechutes rapides comme avec le sulfate de quinine.

Lorsque l'accès aigu a été ainsi enrayé, il peut survenir quelques poussées secondaires, mais elles sont généralement légères et de peu de durée. Les complications cardiaques ou pulmonaires ne sont la source d'aucune contre-indication. Elles suivent leur marche habituelle. C'est là du reste un point qui devra être ultérieurement examiné. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier, et *Union méd.*, n° 7.)

De la propylamine et de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux. Brochure in-8° de 16 pages ; librairie *Germer Baillière*. Le tirage à part de ce mémoire important sur un sujet qui a si profondément excité l'intérêt des praticiens permettra à chacun d'en prendre connaissance et de se convaincre de la valeur de ces observations.

Ces résultats ont été confirmés, dans le même service, sur 6 rhumatisants traités par M. le docteur E. Besnier. M. le

docteur Brouardel a aussi rapporté deux cas, en faveur de cette médication nouvelle. Le premier avait eu antérieurement deux attaques qui avaient duré six semaines. A la troisième, il guérit en dix jours avec la propylamine. Le second était un domestique qui pris d'un rhumatisme franc en fut débarrassé en deux à trois jours. M. Gombault a réussi dans deux ou trois cas d'une manière aussi surprenante, tandis que M. Desnos n'a rien obtenu de semblable dans ses expérimentations. (*Idem.*)

M. Gubler a prescrit des doses variant de 1 à 3 grammes dans une potion constituée par de l'eau distillée, de menthe et du sirop d'écorce d'oranges amères.

Même à la dose de 3 grammes, il n'a obtenu que des effets physiologiques obscurs et un ralentissement si peu marqué et si peu constant de la circulation sanguine, qu'il n'ose affirmer qu'il fût la conséquence de l'action médicamenteuse.

Dans un cas, il a cru, au contraire, observer une action stimulante générale, caractérisée par de la chaleur périphérique, des picotements à la peau, de la tendance sudorale, de la moiteur, des impatiences dans les jambes. Mais il n'y a à tirer de ce fait unique aucune conclusion formelle, bien qu'il semble tout naturel d'attendre des effets stimulants de la part de substances si voisines de l'ammoniaque et pouvant se métamorphoser progressivement en alcali volatil. (*Journ. de pharm.*, mars.)

Dans cinq cas de rhumatisme aigu reçus dans son service de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Martineau a obtenu deux succès nettement favorables avec la propylamine, deux résultats douteux et un tout à fait nul.

Fondé sur l'assertion de M. Adrian qui regarde la solution de triméthylamine comme infidèle, M. Martineau a eu recours au chlorhydrate de triméthylamine contre un rhumatisme articulaire généralisé, chez un journalier de trente-quatre ans, atteint à la suite d'un refroidissement. Le 8 mars, il prescrit la potion suivante :

℞	Eau de tilleul.	100 grammes.
	Eau de menthe.	40 —
	Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 —
	Chlorhydrate de triméthylamine.	50 centigrammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures. Pour tisane, chiendent et queues de cerises.

Dès le lendemain, le pouls est tombé de 89 à 69 pulsations,

les douleurs articulaires sont moins intenses ou ont déjà disparu et en continuant, ce traitement, la guérison était complète en trois jours, sans qu'elle puisse être attribuée à aucun phénomène critique. Il n'y eut ni sueurs abondantes, ni sécrétion urinaire exagérée, ni métastase, car les séreuses cardiaque, pulmonaire et cérébrale, sont restées intactes. L'action physiologique de ce médicament paraît être aussi un antifébrile et un sédatif très-puissant du cœur, plus puissant même que la digitaline, car, de 89 pulsations constatées le 8, il n'y en avait plus que 69 le 9, 60 le 10, et 51 le 11, alors que la potion n'était plus administrée que toutes les quatre heures par cuillerées à bouche. Cette action du chlorhydrate de triméthylamine semble donc ouvrir de nouveaux horizons à la thérapeutique des maladies fébriles, si ces faits se confirment par de nouvelles observations. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Sur la remarque de M. Delpech, pharmacien, que le chlorhydrate d'ammoniaque avait une cristallisation analogue à celle du chlorhydrate de triméthylamine, et que ces deux corps étaient difficilement séparables, M. Martineau a donné le premier à la dose de 50 centigrammes, dans trois cas de rhumatisme aigu, et il en a obtenu trois guérisons aussi rapides qu'avec le chlorhydrate de triméthylamine.

Chez un mineur atteint d'un rhumatisme poly-articulaire aigu, entré le 1er mai à la clinique médicale du professeur E. de Renzi, à Gênes, avec une température de 39°,2 et 108 pulsations, sous l'influence de 1 gramme de propylamine par jour, dans 150 grammes d'eau, les douleurs cédèrent le septième jour seulement, ainsi que la fièvre et la température. Le neuvième jour, celle-ci était descendue à 37°,5 et le pouls à 72. Le malade sortit guéri le 16, après l'usage de 9gr,70 de propylamine. (*Nuova Liguria med.*, p. 213.)

La diurèse ne subit dans ce cas aucune modification notable et les fonctions digestives se rétablirent promptement. Chez un homme de quarante ans, vigoureux, entré à l'infirmerie de la maison d'arrêt de Lyon pour un rhumatisme aigu des poignets et des chevilles et qui avait eu, cinq ans auparavant, un rhumatisme articulaire aigu qui avait duré quatre semaines, M. Lavirotte, après trois jours de l'emploi infructueux du sel de nitre, a eu recours à la propylamine, à la dose croissante de 75, 80 et 100 centigrammes. Les premières doses ont été suivies de soulagement et du réveil de l'appétit ; le sixième jour, le ma-

lade a commencé à se servir de ses membres et a pu faire quelques pas dans la chambre; le neuvième, il se promenait dans la cour et, cinq jours plus tard, il quittait la maison complétement guéri. Mais le succès n'a pas été aussi encourageant dans d'autres tentatives postérieures faites dans les hôpitaux.

Les résultats ont été aussi incertains dans les hôpitaux de Bordeaux et de Rouen. (*Lyon médical*, n° 15.)

En se généralisant, l'emploi de ce nouveau médicament n'a pas tardé à compter des insuccès, surtout par la substitution du chlorhydrate de triméthylamine, corps défini et identique permettant une expérimentation plus scientifique que la solution de propylamine employée au début. Comme MM. Desnos et Gubler, MM. Potain et Bucquoy ont constaté que ce nouvel agent n'avait pas toute l'efficacité annoncée contre le rhumatisme; MM. Dujardin-Beaumetz et Martineau, par des observations subséquentes, ont même reconnu qu'il avait des inconvénients dans certains cas. Le pouls s'est élevé de 80 à 104-108 et, malgré son emploi, la température a augmenté d'un degré centigrade suivant l'observation de MM. Gombault et Féréol. Les arthrites se sont multipliées et la propylamine n'a pas empêché la marche progressive du mal sous les yeux de MM. Isambert et Cadet Gassicourt. La diarrhée en est résultée dans quelques cas, et c'est peut-être à cette influence révulsive qu'est due toute son action. Tous ces faits sont constatés dans la thèse de M. Cottard sur ce sujet (Paris 1873). Elle n'a donc rien de spécifique; comme l'ammoniaque et les sels ammoniacaux, la propylamine ou la triméthylamine et leurs combinaisons sont des stimulants diffusibles et des fluidifiants qui peuvent rendre des services dans les rhumatismes froids ou atoniques, mais qui peuvent exaspérer les phénomènes inflammatoires et fébriles du rhumatisme aigu, intense, généralisé. (*Journ. de pharm. et de chimie*, juin.)

Au contraire, M. Dujardin-Beaumetz conclut de ses observations, que le chlorhydrate de triméthylamine est un sel fixe dont l'action physiologique et thérapeutique est la même, quelle que soit son origine. Physiologiquement, il abaisse le pouls, la température et l'excrétion journalière de l'urée. Thérapeutiquement, il a une action des plus favorables sur la cure du rhumatisme aigu et supérieure à toutes les médications préconisées jusqu'ici, lorsqu'il est donné en potion de 50 centigrammes à 1 gramme dans les vingt-quatre heures. (*Bull. de thérap.* mai.)

— Voy. Pneumonie, Propylamine.

RÖTHELN. Terme allemand désignant un exanthème contagieux, participant à la fois de la rougeole et de la scarlatine, et qui règne assez souvent ici et là sous forme épidémique. Il équivaut aux termes de roséole, rubéole, scarlatine hybride et autres mots aussi indéfinis employés par quelques auteurs. Dès 1840, les Anglais ont appelé l'attention sur ce terme, et le docteur Homans (de Boston) a lu un mémoire sur ce sujet en 1845. Au mois de septembre 1853, M. le docteur Cotting signalait une épidémie de cette rougeole spéciale des Allemands, observée en 1852, à Roxbury, et qui s'est renouvelée au printemps de 1871. Le mal de gorge était moins grave que dans la scarlatine et la bronchite catarrhale de la rougeole était complétement absente. L'éruption est ordinairement moins étendue que dans la scarlatine, mais plus marquée et dispersée que dans la rougeole. La pression détermine des élevûres avant le retour de la coloration rouge, comme dans la scarlatine. Irrégulière dans sa forme, l'éruption apparaît dans les premières vingt-quatre heures, plus simultanément sur toutes les parties du corps que dans la rougeole et la scarlatine. Elle ne dure pas au delà du troisième jour, et disparaît souvent sans desquamation apparente.

Pour les Allemands, c'est un exanthème spécifique. Une épidémie s'en est manifestée à Leipsik en 1872, dont la relation faite par le professeur Thomas, justifie les distinctions précédentes. L'incubation est ainsi fixée de dix-sept à vingt-deux jours. L'éruption en était souvent le premier phénomène. Les malades avaient parfois quelques symptômes de catarrhe ; d'autres fois, une légère injection de la conjonctive, de la rougeur de la gorge avec difficulté d avaler. Discrète, l'éruption paraissait en groupe isolé, de forme parfois elliptique, d'un rouge vif, occupant toutes les parties du corps, mais plus abondante à la face, le front, les joues, le menton ; quelquefois le cuir chevelu. Elle est moins confluente sur le cou et le tronc, et plus discrète sur les membres. Un léger œdème accompagne les taches.

La durée ne dépassa généralement pas trois jours, sans que la desquamation fût jamais observée. L'auteur allemand insiste sur le caractère distinctif de la température. Le maximum coïncide dans la *Rötheln* avec le début de l'éruption précoce ; tandis que la rougeole ordinaire se distingue par une fièvre initiale, élevant la température qui croît encore avec le déve-

loppement do l'exanthème. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 20.)

Malgré ces distinctions, on peut dire que la *Rötheln* d'outre-Rhin, pas plus que le *Rash* d'outre-Manche, ne marque une maladie bien définie. Ce sont là évidemment des diminutifs de rougeole et de scarlatine. M. le docteur Perroud a observé ainsi à la Charité de Lyon, lors du printemps de 1873, quelques cas d'éruptions difficiles à caractériser. Elles tenaient à la fois de la scarlatine et de la rougeole. Il s'est demandé si c'était là des rougeoles anomales ou l'exanthème particulier, l'espèce nosologique distincte des Allemands, c'est-à-dire la *Rötheln*. Il ne s'est pas prononcé, et nous croyons qu'il a sagement fait.

RUPTURES. Rupture du poumon. *Hémothorax.* Un fusilier de l'artillerie de marine anglaise, âgé de quarante ans, fut saisi par un éboulement en creusant une tranchée, et resta une demi-heure comme enterré. Retiré dans un état d'insensibilité froide, presque sans pouls, avec une respiration laborieuse, il fut placé à l'infirmerie de Portsmouth le lendemain 21 février 1873 où M. Robert Nelson le trouva très-faible, haletant, avec toux et une expectoration muqueuse abondante, absolument privée de sang. Râles muqueux profonds, sonorité générale ; perméabilité des poumons, pas de douleur locale, absence de fracture des côtes, aucune blessure extérieure, pouls à 86. Malgré une amélioration passagère, sous l'influence des stimulants, les phénomènes pulmonaires s'aggravèrent, la dyspnée augmenta ainsi que les râles ; absence de murmure respiratoire, matité, expectoration muqueuse avec *un peu de sang rouge* parfois, et le malade succomba ainsi comme anémié, dix jours après l'accident.

L'autopsie montra 65 onces de sang liquide noir dans la plèvre droite, avec affaissement du poumon correspondant et ne contenant qu'une petite quantité d'air. Une déchirure transversale d'un pouce et demi s'étendait sur la plèvre pulmonaire et comprenait la surface externe, à une certaine profondeur du lobe moyen. La plèvre costale était intacte et il n'existait aucune fracture des côtes, ni de blessure ou ecchymose des parois. Tout le poumon gauche était emphysémateux avec rupture des vésicules dans un tiers de son étendue. (*Lancet*, 31 mai.)

La rareté d'une rupture pulmonaire dans ces conditions et la

difficulté du diagnostic en résultant, rendent ce fait aussi remarquable qu'intéressant.

Rupture traumatique du tendon de l'élévateur. *Réunion efficace.* Un coup de corne de vache ayant produit la rupture du tendon du muscle élévateur de l'œil chez un garçon de cinq ans, fils d'un médecin de l'Illinois, la plaie en résultant ayant été réunie immédiatement par suture, le bord libre de l'élévateur ne fut pas compris dans la cicatrice et la paupière demeura ultérieurement sans mouvement. Consulté deux ans après, le docteur Green (de Saint-Louis) rouvrit la cicatrice, alla à la recherche de l'extrémité libre du tendon du muscle divisé comme dans les cas de strabisme secondaire. Il réussit et réunit cette extrémité au bord supérieur du tarse. Deux mois après cette opération ingénieuse, la paupière avait repris tous ses mouvements. (*Ann. d'oculist.*, janvier.)

Rupture traumatique du tympan. — Voy. Tympan.

Rupture accidentelle du cordon ombilical. — Voy. Cordon.

S

SABLE INTESTINAL. Des malades rendent dans leurs garderobes du sable jaunâtre ou brunâtre dont les plus gros grains ont 3/4 à 1 millimètre de diamètre et dont la surface inégale est revêtue de prolongements en forme de cristaux irréguliers. M. le docteur Laboulbène en a observé six faits qu'il rapporte. L'examen lui a fait reconnaître des particules siliceuses encroûtées de matières organiques et de phosphates ammoniacaux magnésiens. Des cellules végétales inattaquées par les liquides de l'estomac, s'y trouvent associées. D'où il conclut que cette matière provient du dehors et se forme à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et l'ingestion inaperçue, sinon volontaire, de particules siliceuses.

Des habitants de la campagne, des femmes nerveuses, hystériques, des hommes névropathiques, hypochondriaques, sont en effet, les sujets de ces observations. Des douleurs d'estomac de la gastralgie, paraissent coïncider avec l'existence de cette matière siliceuse, sinon en être l'effet.

Ce sable diffère, par sa composition, de la gravelle biliaire et des matières stercorales durcies qui se rencontrent dans l'appendice iléo-cæcal. Il ne peut être confondu davantage avec le phosphate ammoniaco-magnésien cristallisé, trouvé dans les matières des typhisés et des dysentériques ou des personnes ayant une alimentation presque végétale, non plus qu'avec les sels magnésiens, rendus à la suite d'une purgation avec les sels de magnésie.

Des purgatifs modérés et une alimentation azotée paraissent les meilleurs moyens de faire disparaître le sable intestinal et les troubles digestifs et nerveux qui en sont la conséquence. (*Acad. de méd.*, novembre, et *Union méd.*, nos 141 et 142.)

SALIVATION. *Atropine.* En confirmation des recherches expérimentales de Heuchel et du professeur Heidenhain sur l'action de l'atropine contre la sécrétion salivaire, M. Ebstein en a obtenu le succès suivant, à l'hôpital de Breslau. Chez un homme de soixante-huit ans, ayant eu deux attaques d'apoplexie avec hémiplégie à droite et à gauche, il y avait un écoulement abondant de salive par la commissure labiale gauche dont la quantité s'élevait de 5 à 600 centimètres cubes. Un milligramme de sulfate d'atropine en deux pilules par jour n'eut aucun effet sensible après huit jours d'emploi. Mais il suffit de donner trois pilules pour que la salive diminuât immédiatement à 300, 275, 100 et 90 centimètres cubes. Cette médication étant suspendue, la salive augmenta de nouveau. Une injection sous-cutanée de 0gr,0003 n'eut aucun résultat. A dose double, l'écoulement fut tari après cinq à six minutes ; avec une dose de 0,0016, la suspension de l'écoulement fut de douze heures. (*Berl. klinisk. Wochensch.*, juin.)

Quant à l'action physiologique de l'atropine, elle reste encore inexpliquée ; mais le fait suivant, observé par M. le professeur Sée, montre que la morphine peut déterminer le même effet.

Chez un homme ayant eu une certaine difficulté de la parole et atteint d'une sialorrhée qui s'élevait à plus d'un litre par jour, deux injections journalières de chlorhydrate de morphine diminuèrent l'écoulement et furent répétées avec un plein succès en augmentant graduellement la dose. Mais il fallut l'élever jusqu'à 6 et 7 centigrammes par jour pour en triompher complètement.

L'effet des deux alcaloïdes sur la salivation est donc identique.

SANG. Ce liquide n'est plus considéré comme autrefois en physiologie générale. Pour les anciens, c'était surtout un liquide nourricier, servant à réparer les tissus. Si tel est bien en définitive toujours son rôle, on analyse plus exactement celui-ci en liquide *respirateur*, c'est-à-dire portant aux éléments l'oxygène nécessaire à leur fonctionnement et à les débarrasser de leur acide carbonique, le rôle nutritif étant plutôt dévolu aux liquides interstitiels qui ne dérivent pas directement du sang.

Ainsi envisagé, le sang préside à deux sortes d'échanges : il emprunte de l'oxygène à l'air et y déverse de l'acide carbonique par les poumons, et abandonnant une partie de son oxygène dans la profondeur des tissus, il fixe de l'acide carbonique, c'est la *respiration interne*. Restent les oxydations qu'il subit dans son parcours vasculaire et que l'analyse des gaz qu'il contient a pour but de déterminer exactement. C'est ainsi qu'après de longues et très-minutieuses analyses, même spectroscopiques, il est acquis aujourd'hui que l'azote est simplement dissous dans le plasma sanguin ; que l'acide carbonique est presque entièrement contenu dans le sérum, dissous et surtout combiné avec les sels qu'il contient ; enfin que l'oxygène est en grande partie combiné avec les globules sanguins et notamment avec l'hémoglobine qu'ils contiennent.

Suivant un nouveau procédé à l'aide de l'hydrosulfite de soude, MM. P. Schutzemberger et Rissler auraient obtenu une quantité double d'oxygène de celle que donne l'emploi de la soude à mercure. Si ce résultat inattendu se justifie, dit M. P. Bert, ce que l'on défalquait comme de l'hémoglobine réduite serait un *protoxyde d'hémoglobine* assez stable pour résister à l'action du vide, et l'oxygène obtenu par cette méthode serait la réduction partielle d'un *bioxyde d'hémoglobine*. (*Acad. des sc.*, février.)

Température. La discussion récemment soulevée à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouillaud sur le siége de la calorification du sang, qu'il fixe toujours dans les poumons par le fait de l'oxygénation, commande de rappeler les expériences contradictoires faites à ce sujet. La plus décisive est celle de M. Cl. Bernard qui, mesurant le sang dans le cœur, a trouvé celui du ventricule droit plus chaud de 1 à 2 degrés que celui du ventricule gauche. Preuve que l'oxygénation n'échauffe pas le sang, et que le sang noir, veineux, a une température

supérieure au sang rouge artériel. Il y a sans doute des objections. Cette légère différence a été attribuée à la méthode employée; mais d'autres expérimentateurs, Heidenhain et Korner, en constatant une température égale dans les deux cœurs, ont au moins démontré que quelle que fût la température de l'air inspiré, le sang ne s'échauffe ni ne se refroidit en traversant les poumons. Si, comme siége d'un mouvement nutritif, le poumon produit de la chaleur, sa fonction respiratoire le mettant sans cesse en contact avec des gaz moins chauds que lui, il se refroidit. Cette doctrine de la calorification du sang par son oxygénation dans le poumon, qui a satisfait tant de générations, doit donc être rejetée comme fausse et erronée.

Legallois avait dit que le sang artériel est sensiblement identique dans tout l'arbre artériel. Tout exacte que soit cette proposition, on constate néanmoins que le sang artériel se refroidit un peu en s'éloignant du cœur.

Le sang veineux s'échauffe au contraire en s'en rapprochant. Celui des veines superficielles périphériques est souvent moins chaud de plusieurs degrés que celui de l'artère voisine, tandis que celui de la veine-cave inférieure est plus chaud à son entrée dans le cœur. Celui de la veine-cave supérieure est au contraire plus froid que celui de l'artère correspondante.

Immédiatement au-dessus de l'embouchure des veines rénales, la température des deux sangs est égale. C'est donc dans les intestins et dans le foie que le sang puise son excès de chaleur. Le foie est l'organe le plus chaud de l'économie, et le sang des veines sus-hépatiques a aussi la plus haute température. C'est par son mélange dans le cœur droit que le sang d'en haut et d'en bas acquiert une température uniforme.

Le système nerveux, le système musculaire et le système glandulaire contribuent à la fois à la production de la chaleur animale, en vertu de cette loi applicable à tout appareil organique : que l'activité de l'organe développe de la chaleur et son repos du refroidissement. L'activité circulatoire et sécrétoire sont ainsi le résultat de l'activité fonctionnelle, et partant l'activité chimico-calorifique.

Mais la chaleur du sang n'en est pas de même adéquate. Le sang sortant d'un muscle contracté est plus noir, tandis qu'en sortant d'une glande en sécrétion, il est plus rouge. C'est donc dans l'intimité des tissus que se produit la chaleur. Elle est de même répartie, distribuée dans l'organisme par les capillaires

dont la circulation lente et partielle favorise mieux le contact avec les tissus que la rapidité de la circulation générale.

Il n'y a donc pas d'organe spécial de la calorification, qui se fait partout comme la nutrition à laquelle elle est intimement liée; tous les éléments y concourent. Si la résultante de tant d'influences est constante, c'est qu'un mécanisme régulateur, le système nerveux, intervient pour les harmoniser. C'est ainsi que les nerfs vaso-moteurs agissent indirectement sur la nutrition par l'intermédiaire de la circulation. Le système du grand sympathique étant le nerf constricteur vasculaire, le nerf dépresseur et les nerfs sensitifs en amènent la dilatation en paralysant les nerfs constricteurs par une sorte d'interférence. Dans ce rôle opposé, certains cordons nerveux peuvent donc être regardés comme frigorifiques, le grand sympathique surtout et les autres comme calorifiques. (*Union méd.*, n° 33.)

Effets de la pression barométrique sur l'oxygénation. Outre l'influence de la fréquence et de la profondeur des mouvements respiratoires, sur la quantité d'oxygène absorbé et fixé par les globules rouges, la pression atmosphérique est des plus puissantes. On l'avait mis en doute sur ce que les habitants des plus hautes montagnes vivent comme ceux des plus basses terres. Mais le sang veineux sortant rutilant chez les ouvriers soumis à une pression de 3 à 5 atmosphères, et le docteur Jourdanet ayant observé que les habitants des hauts plateaux du Mexique étaient surtout anoxhémiques, il fallut bien conclure à la réalité de la pression.

C'est ce que M. P. Bert a démontré en soumettant les animaux à des pressions barométriques de 5, 10 et jusqu'à 15 atmosphères. L'oxygène augmente alors dans le sang et baisse de même en diminuant la pression. — Voy. Pression atmosphérique, 1872.

La pression est nulle, au contraire, sur l'acide carbonique, mais elle augmente la proportion d'azote en raison de sa solubilité dans le sang. C'est ce gaz qui, par la décompression subite, arrête la circulation pulmonaire par sa tendance à se dégager. (*Arch. de méd.*, avril.)

Changements des globules rouges. En vue d'élucider le mécanisme et le mode de production de la fièvre, le docteur Manassein a examiné les changements que subissaient les globules

rouges sous son influence. Sans relater les diverses méthodes dont il s'est servi à cet effet, ses expériences sur les animaux lui ont montré que la fièvre traumatique et septicémique, comme l'élévation artificielle de la température, déterminent invariablement une diminution des dimensions des globules rouges. Au contraire, le froid, la quinine, l'alcool, l'acide cyanhydrique les augmentent, de même que l'oxygène. Mais l'auteur, outrepassant ces résultats expérimentaux, indique, par avance, le mécanisme différent de ces agents, au lieu de s'en tenir au fait brut. C'est pourquoi nous ne les indiquons pas.

Numération des globules rouges. Avec un appareil très-simple, imaginé par M. Potain en 1867, on fait un mélange très-exact de sang et de liquide conservateur ; une gouttelette obtenue par une légère piqûre d'épingle suffit. Le mélange est introduit dans un petit appareil imaginé par M. Malassez, et appelé *capillaire artificiel ;* c'est un tube en verre à parois et à canal central aplatis, dont on a calculé le volume pour chaque unité de longueur. A l'aide d'un microscope dont l'oculaire est quadrillé, on compte les globules compris dans un certain nombre de carrés.

Comme on sait: 1° quelle longueur du tube recouvrent les carrés, 2° à quel volume correspond cette longueur, il est facile, par un rapide calcul, de dire quel est le nombre de globules par millimètre cube, unité de volume habituellement employée dans ce genre de recherches.

Chez les mammifères, le nombre varie entre 3 500 000 et 18 millions par millimètre cube. L'homme en possède en moyenne 4 millions. Les caméléons en ont un nombre plus considérable, de 10 millions à 10 400 000. Chez la chèvre, le chiffre peut s'élever jusqu'à 18 millions.

Le nombre des globules par millimètre cube diminue à mesure qu'on descend dans la série animale. Mais la richesse du sang ne s'évalue pas seulement en comptant le nombre de globules, il faut encore tenir compte de la surface, du volume et du poids de chaque globule, afin de savoir la surface, le volume et le poids de la masse globulaire par millimètre cube. Et encore ce ne serait pas tout, il faudrait pouvoir apprécier la quantité de cette hémoglobine.

D'une façon générale, les globules sont d'autant plus volumineux que l'on descend dans la série animale ; ils sont plus

gros chez les poissons que chez les oiseaux, et plus gros chez les oiseaux que chez les mammifères. Or, nous avons vu que le nombre suivait une progression inverse; on peut donc dire d'une façon générale que le nombre des globules est en raison inverse de leurs dimensions. (*Acad. des sc.*)

Présence normale de l'alcool. Élève de M. Cl. Bernard, M. Hutson Ford, professeur de physiologie à l'École de médecine de la Nouvelle-Orléans, a eu pour but de compléter les expériences du savant physiologiste sur la fonction glycogénique. Des nombreuses expériences qu'il relate, il résulte que le sucre se trouve aussi bien dans le sang ayant traversé les poumons et dans le tissu de ces organes que dans le foie. Des expériences similaires et comparatives avec ces divers tissus, frais ou putréfiés, dont les résidus ont été distillés sur le bain de sel commun, ont donné uniformément de l'alcool et de l'acide carbonique. Ces résultats sont donc contradictoires avec ceux de notre éminent physiologiste. Ils les complètent en outre en montrant que le sucre organique ou glucose se réduit en alcool dans l'organisme. De là sa présence normale dans le sang, qu'il a vérifiée et confirmée par des épreuves directes et des réactifs. Le physiologiste américain croit pouvoir en tirer des preuves favorables aux théories allemandes sur le rôle de l'oxydation organique. C'est donc là un très-important mémoire à consulter pour en répéter les très-délicates expériences et en contrôler les résultats qui ne seraient rien moins qu'une grande découverte s'ils se confirment. (*New-York med. Journ.*, juin 1872.)

Transfusion. Dans un mémoire historique sur ce sujet, Gesellius montre que le sang des animaux injecté à l'homme n'est pas toxique, et que dans 18 transfusions de sang provenant du mouton et du veau, aucun des malades ne succomba aux suites de l'opération La défibrination préalable du sang est sans avantage, car sur 146 transfusions faites avec du sang humain non défibriné, il y eut 79 succès et 67 insuccès. Au contraire, sur 115 transfusions de sang défibriné, il n'y eut que 36 succès et 76 morts.

Die transfusion des Blutes, brochure in-4° de 188 pages avec planches, Saint-Pétersbourg et Leipzig.

SCLÉRÈME. Étiologie. A l'occasion de deux faits observés chez l'adulte pendant ses études, M. Coliez en a fait l'objet de sa thèse inaugurale et adopte à cet égard l'opinion professée par M. Charcot et M. Ball (voy. *année* 1872). Ce serait un trouble trophique, une lésion de nutrition dépendant d'une lésion primitive des centres ou des cordons nerveux, c'est-à-dire une *trophonévrose*, de même que toutes ces atrophies, ces ulcérations, gangrènes, éruptions attribuées aujourd'hui à la même cause. (*Gaz. des hôp.*, nos 13 et 19.)

C'est ainsi que M. H. Hallopeau fait également une trophonévrose de la sclérodermie des extrémités désignée tour à tour sous les noms d'*arthritide*, de *rhumatisme noueux*, d'*asphyxie locale* ou *gangrène symétrique* (voy. *année* 1872). Il s'agit d'un cas très-remarquable observé à la Salpêtrière, sur une femme de trente-six ans. Elle offrait des arthropathies multiples de diverses articulations, surtout des doigts dont plusieurs phalanges s'atrophièrent, ainsi que les muscles et le tissu cellulaire non-seulement des extrémités supérieures, mais des avant-bras, des lèvres, de la langue, et cela, sans aucune plaie ni suppuration comme dans l'ostéite atrophique (Voy. *ce mot*).

Assimilant cette affection avec l'atrophie unilatérale de la face, il la rapporte comme celle-ci à une trophonévrose disséminée. C'est ainsi qu'un frère de la malade était aliéné, et que sa mère avait été paralysée d'un côté. (*Soc. de biol.*, décembre 1872, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 44.)

SEIGLE ERGOTÉ. *Action.* Des opinions et des faits contradictoires presque étranges ont été émis à cet égard par des accoucheurs irlandais dans une récente discussion sur ce sujet. Tandis qu'il est généralement admis que comme névrosthénique, cet agent est toxique pour le fœtus, — au point qu'en France son emploi avait été jusqu'ici défendu expressément aux sages-femmes en vue de ce danger, — M. le docteur Denham affirme le contraire. Il l'a administré du sixième au neuvième mois de la grossesse sans atteinte à la vie ni à la santé de l'enfant. Dans un cas qu'il rapporte, la femme put prendre jusqu'à 24 grammes d'ergot en poudre et en liqueur, de mai à juin, et accoucher d'un enfant bien portant le 26 juillet, sans éprouver autre chose que des nausées et de l'anorexie.

Son administration n'a de danger pour l'enfant que pendant l'accouchement, en arrêtant la circulation et en déterminant

des contractions utérines continues qui compriment violemment le fœtus.

Une femme à terme put prendre jusqu'à 48 grammes de liqueur d'ergot en deux jours et accoucher ensuite d'un enfant bien portant.

M. Atthill ne l'a jamais vu non plus être toxique, tandis que M. Madden a observé le contraire, comme les accoucheurs de tous les pays. Sur 46 applications de forceps, après l'emploi de l'ergot, il y eut 8 mort-nés, et dans 17 autres accouchements naturels, 3 enfants naquirent en état de mort apparente et ne purent être rappelés à la vie. Aussi bien admet-il, comme les accoucheurs français, qu'il faut mieux confier le forceps que l'ergot aux étudiants.

Sur ce premier point donc, ce sont là presque de simples assertions sans valeur, car pour les deux faits cités, ce peuvent être de simples exceptions. Voyons pour son action hémostatique également niée.

D'après les recherches physiologiques du professeur Sée, la poudre et l'extrait font contracter les petits vaisseaux à tunique musculaire, au point d'augmenter la pression artérielle dans les gros troncs, même après la section des vaso-moteurs. Cette action est rendue manifeste par un ralentissement constant et notable, mais passager, de la circulation, une régularisation durable et manifeste du pouls avec perte de sa force et de sa résistance. Ainsi se trouvaient expliqués ses bons effets sur les hémorrhagies. En chirurgie, l'ergotine de Bonjean, dissoute dans l'eau, jouit de propriétés hémostatiques telles, qu'elle suffit à réprimer les hémorrhagies externes résultant de l'ouverture des capillaires et même de vaisseaux supérieurs.

L'action hémostatique est donc généralement admise et démontrée. Sans parler des bons effets des injections hypodermiques d'ergotine contre l'hémoptysie et les hémorrhagies de l'intestin et de la vessie, l'action de l'ergot est bien reconnue dans les hémorrhagies postpuerpérales. M. Tarnier, par exemple, en résumant ses propriétés dans la récente discussion sur ce sujet à l'Académie de médecine, admet que son efficacité est surtout évidente avant et après la délivrance, lorsque le sang coule à flots. Au contraire, le docteur Denham ne croit pas qu'il ait une grande influence sur l'utérus, dans les hémorrhagies *post partum*, après l'expulsion du placenta, et le docteur Atthill ne l'a jamais vu réussir contre ces hémorrhagies, con-

trairement au docteur Madden qui en a toujours obtenu du succès. Le docteur Ringland n'y paraît pas compter beaucoup, car il emploie toujours plusieurs hémostatiques à la fois comme le massage, la pression, le froid, etc.

On voit donc encore ici que, contre des expériences et des faits positifs en grand nombre, les contradicteurs irlandais n'apportent que des allégations sans valeur.

Quant à son action obstétricale, M. Denham ne croit pas que l'ergot produise l'avortement chez les femmes en bonne santé, quand même il y aurait menace de cet accident; il hâte seulement la fin du travail quand il est commencé. M. Madden ne l'emploie que pour favoriser l'expulsion naturelle ou artificielle. Deux grammes en poudre dans l'eau chaude est la meilleure préparation avec la liqueur d'ergot du docteur Long. M. Atthill l'administre par le rectum en y associant quelques gouttes de liqueur de strychnine pour en augmenter l'efficacité. (*Proceedings of the Dublin obstetr. Society*, 1872.)

Ces communications ne nous paraissent donc guère devoir modifier les opinions accréditées sur l'action de ce médicament, surtout comme hémostatique. Son action sur la circulation est si profonde que le docteur J. Thompson, frappé d'accidents survenus chez deux de ses clientes, à la suite de l'administration de l'ergot pour combattre des hémorrhagies et activer le travail, se demande s'il ne porte pas également son action sur le cœur et sur l'utérus. Chez l'une d'elles, en effet, le pouls s'affaiblit, la peau se refroidit, il y avait comme un engourdissement général qui, malgré les excitants appliqués *intus et extra*, n'en amena pas moins la mort trois heures après la délivrance par affaiblissement graduel de l'action du cœur.

Dans l'autre cas, la femme fut atteinte de violentes palpitations, d'oppression et d'accès de suffocation. Lorsque les palpitations cessèrent, le pouls tomba à 55, les pieds et les mains se refroidirent, et la malade se plaignit d'une faiblesse considérable dans les extrémités inférieures. Là se bornèrent les accidents. (*British med. Journ.*)

Emploi physiologique. Une infusion concentrée de seigle ergoté, injectée dans la jugulaire d'un chien, l'anéantit, dit le docteur Kersch; il hurle sourdement, et ses membres deviennent rigides en moins d'une demi-heure. Sa température est basse et il est froid au toucher. Si l'on découvre les artères des

membres, on les trouve fortement contractées, fermes et dures au toucher. Les tracés sphygmographiques présentent des courbes petites et courtes avec de longs intervalles indiquant la lenteur du pouls et la faible expansion artérielle. La contracture de l'artère est encore plus sensible en exposant comparativement celle d'un animal sain avec celle d'un animal ergotisé.

Sur la chatte en état de gestation, l'administration d'une forte infusion d'ergot avec du lait a un effet semblable. L'anéantissement et les cris sont plus intenses, mais les effets toxiques sont plus lents. L'expulsion des petits a lieu en deux jours et la mère succombe ensuite aux convulsions.

Administré de même au chien, l'ergot produit, en moins de trois heures, une telle contraction que les plus petites artères deviennent imperméables et ressemblent à des cordons nerveux. La contraction artérielle, et la lenteur, la dureté du pouls en sont aussi la conséquence sur l'homme.

Dans deux cas de fièvre puerpérale, l'emploi du seigle ergoté a donné de bons résultats en diminuant le pouls et en abaissant la température. Il semblerait donc indiqué contre la fièvre. (*Betz memorabilien*, n° 5.)

Emploi obstétrical. Dans le compte-rendu des autopsies d'individus ayant succombé à l'ergotisme, on trouve habituellement signalée une réplétion considérable de la vessie ; on la considère comme un fait de rétention déterminée par l'action du poison sur le sphincter vésical. De là l'emploi thérapeutique de l'ergot de seigle dans les incontinences d'urine tenant à une paralysie du sphincter. Sur des animaux empoisonnés par du seigle ergoté, le docteur A. Wernich a pu s'assurer que la vessie est de nouveau très-rapidement distendue après un cathétérisme préalable.

L'accumulation de l'urine ne tient donc pas à la rétention de ce liquide, mais à l'exagération de la sécrétion urinaire elle-même. Cette exagération est due sans doute à l'augmentation de la pression sanguine déterminée par l'ergotine. L'auteur relate quelques observations de dystocie ou plutôt de retard dans l'expulsion du fœtus, résultant d'une distension énorme et rapide de la vessie, à la suite de l'administration du seigle ergoté ; le cathétérisme, pratiqué à peine quelques heures auparavant, faisait croire à la vacuité de la vessie. De là, le conseil de procéder souvent au cathétérisme lorsque l'on a eu recours à l'emploi du seigle ergoté. — Voy. Accouchement.

Après une longue discussion, soulevée à l'Académie de médecine sur la demande de M. le préfet de police, pour savoir si les sages-femmes avaient le droit de prescrire le seigle ergoté et si les pharmaciens pouvaient leur en délivrer, — demande provoquée par le refus fait par un pharmacien de Vanves (Seine) conformément à la loi, — l'Académie a adopté les conclusions suivantes, sur le rapport de M. le docteur Tarnier :

1° Malgré de réels inconvénients, le seigle ergoté offre de tels avantages dans la pratique des accouchements, qu'il y a nécessité d'autoriser les sages-femmes à prescrire ce médicament.

2° L'article 32 de la loi du 19 ventôse de l'an XI, en stipulant que les *sages-femmes seront examinées, par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier*, leur reconnaît implicitement le droit de prescrire le seigle ergoté.

3° Ce droit est en contradiction avec les lois, ordonnances et décrets qui régissent l'exercice de la pharmacie, puisque les médecins et les vétérinaires y sont seuls désignés comme pouvant prescrire les substances vénéneuses, dans le tableau desquelles figure le seigle ergoté (ordonnance du 29 octobre 1846).

4° Pour faire cesser cette contradiction, en attendant la révision de la législation, le moyen le plus simple serait de prier M. le ministre de l'agriculture et du commerce de prendre les mesures nécessaires pour que les pharmaciens soient autorisés à délivrer du seigle ergoté aux sages-femmes sur la présentation d'une prescription signée et datée par elles.

Un décret du 23 juin 1873 a sanctionné ces conclusions. D'après ce décret, le seigle ergoté, inscrit parmi les substances vénéneuses dont la vente ne peut être faite pour l'usage médical, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, vétérinaire breveté, pourra être délivré également sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

Matière grasse. En préparant de grandes quantités d'extrait fluide par la méthode de la pharmacopée américaine, M. Oscar Ficinus a trouvé jusqu'à 30 pour 100 d'une huile épaisse, ayant une faible odeur de cacao quand elle est récente, mais rancissant facilement. De là la difficulté de pulvériser et de

conserver le seigle ergoté. Il propose de l'enlever par l'éther, mais le sulfure, proposé en France, serait bien plus économique. (*Archiv der Pharm.*)

Conservation. M. Gobley conseille le procédé suivant comme le meilleur. C'est de prendre du seigle ergoté de l'année, de choisir les grains entiers les plus sains, c'est-à-dire élastiques sous les doigts, présentant une cassure nette et d'un blanc rosé, et n'offrant pas de sillons profonds. On les crible, on les essuie dans un linge, et on les place dans une étuve chauffée de 50 à 60 degrés. Trois à quatre heures après, on le place dans de petits bocaux de 30 grammes environ, parfaitement secs, et chauffés à l'étuve en même temps que le seigle. On les bouche avec soin et l'on goudronne.

M. Gobley a conservé ainsi, en bon état, du seigle ergoté pendant plus de dix ans.

SEPTICÉMIE. Poursuivant ses expériences à ce sujet (voy. *année* 1872), M. Davaine, rigoureux avec sa doctrine que les bactéries sont le corps du délit du sang septique, bactéries naissant ou se reproduisant sous l'influence de la fermentation ou de la putréfaction du sang au sein de l'économie vivante aussi bien que morte, a tenté de le vérifier par l'inoculation du sang de typhiques. On sait que la fièvre typhoïde a été considérée comme l'effet d'une putridité et que des recherches microscopiques du professeur Tigri y ont constaté la présence des bactéries vainement niées par MM. Leplat et Gaillard (voy. *année* 1864). MM. Coze et Feltz ont, en effet, obtenu ensuite des résultats analogues et l'inoculation de ce sang à des lapins en avait même déterminé la mort, avec tous les signes d'une affection typhoïde communiquée.

M. Davaine a répété cette expérience en la régularisant, c'est-à-dire en pratiquant l'inoculation à dose infinitésimale d'un sang typhisé et mêlé immédiatement à l'eau distillée pour qu'il s'y dissolve bien ; l'injection étant faite à la partie postérieure du cou afin que le virus ou le ferment reproduit sur place puisse pénétrer plus facilement dans la circulation générale que déposé dans un endroit limité comme un membre. Des lapins furent donc inoculés avec le sang de 6 typhiques différents, dont il rapporte les observations, et tous ces lapins sont morts. D'où il conclut à la sopticité de la fièvre typhoïde par les bactéries.

Toutefois il croit que de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet et l'on verra que ces réserves sont justifiées par les résultats négatifs et contradictoires des expériences de MM. Béhier, Liouville et Vulpian.

Sceptique au début, M. Bouley s'est rendu à la réalité des faits annoncés en les observant et en les reproduisant lui-même. Il a vérifié ainsi, que le sang d'un cheval mort d'une septicémie expérimentale, inoculé à d'autres chevaux et à des lapins, possède une *certaine* activité virulente, mais *limitée* et *bien moins active* que celle du lapin. Dans 4 cas, elle a paru s'éteindre dès la seconde inoculation, contrairement à celle du lapin qui s'accroît.

La gangrène pulmonaire est encore moins virulente.

Quant à la septicémie du lapin, l'inoculation échoue sur le chien, tandis que celle du chien réussit sur le lapin, d'après les expériences de M. C. Leblanc. Il semble donc y avoir, chez ce dernier animal, une prédisposition spéciale à la réceptivité de la septicémie et à en être le réactif le plus sensible, comme l'a dit M. Davaine.

MM. Béhier et Liouville ont aussi confirmé par de nombreuses expériences, les résultats annoncés par M. Davaine sur la virulence croissante du sang septicémié en passant par l'organisme vivant du lapin, mais en relevant aussi des contradictions inexplicables. Le sang chauffé du bœuf devient ainsi toxique en amenant des lésions très-sensibles signalées par MM. Coze et Feltz, tandis que celui de l'homme sain, chauffé et injecté de même, n'a rien produit de plus que l'eau distillée simple. Le sang des typhiques n'a montré également qu'une virulence faible et limitée, surtout à froid, mais différentes autres humeurs des animaux inoculés se sont montrées virulentes. L'échauffement du sang septicémié en augmente donc bien la virulence et la développe même dans certains cas. En général, pourtant, cette virulence a disparu aux doses infinitésimales annoncées par M. Davaine, et il résulte de ces expériences qu'une augmentation de température et des lésions très-appréciables en sont ordinairement le résultat.

Sur une série de six lapins, dont le premier avait été inoculé avec le sang d'un homme mort de gangrène pulmonaire, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Vulpian a obtenu des effets toxiques à des doses graduellement moindres. Mais au delà du millionnième, les animaux n'ont été qu'indisposés et ne sont pas

morts. Le sang et les épanchements séreux contenaient un nombre incalculable de granulations, des vibrions, des bâtonnets et des globules sanguins déformés. Des altérations anatomiques plus appréciables, ecchymoses, congestions, se sont également rencontrées; les infarctus viscéraux ne se rencontrent qu'à la suite de l'injection dans les veines.

Il a constaté de même, dans ces expériences, l'abondance des bactéries dans la rate des animaux morts de septicémie, comme l'avait fait précédemment M. Birsch Hirschfeld. La pulpe splénique, extrêmement friable, renfermait seule ces bactéries, libres ou incluses dans les cellules ; les corpuscules de Malpighi, au contraire, n'en renfermaient pas.

L'explication de ce fait semble résulter des injections de vermillon dans le sang, dont les grains se localisent aussi exclusivement dans la pulpe, ainsi que MM. Ponfick, Hoffmann et Langerhans l'ont fait connaître. Les bactéries pénètrent donc aussi les cellules. De là leur disparition rapide du sérum et l'augmentation des leucocytes. Des granulations brillantes ou *micrococci*, simulant les granulations graisseuses, s'y rencontrent.

L'injection de sang putride, faite dans les séreuses, détermine l'inflammation et la mort avant que les bactéries aient pénétré dans le sang comme à la suite de l'injection sous-cutanée. La rate même, petite et molle, n'en renferme qu'en petit nombre. Comme un filtre, la séreuse semble retenir partiellement les éléments solides. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 1.)

Du sang putréfié de chien dont les bactéries, les vibrions et les corpuscules diffèrent morphologiquement de ceux du sang des lapins morts de septicémie expérimentale, ayant été inoculé à une seconde série de lapins, a donné lieu aux mêmes effets que dans la première, mais le sang de typhiques ayant été injecté dans douze cas, n'a amené aucun résultat, contrairement aux expériences de M. Davaine. Il y a donc une différence très-sensible dans ces deux espèces de sang.

Tout en admettant un rôle important des bactéries, des vibrions et des corpuscules dans la production de cette septicémie expérimentale, M. Vulpian ne le définit pas. Il sépare d'ailleurs les cas de mort rapide de ceux où elle n'arrive qu'après plusieurs jours. On trouve dans ces derniers seulement, les lésions observées par M. Béhier, et dont quelques-unes res-

semblent à des altérations d'infection purulente, comme les abcès métastatiques.

La septicémie expérimentale dont il s'agit est donc essentiellement caractérisée par la présence des bactéries et bien différente des affections septicémiques de l'homme, comme la fièvre typhoïde, surtout par les caractères microscopiques du sang septique; la présence d'organismes inférieurs dans le sang n'étant dans ce cas qu'une circonstance variable, probablement éventuelle et sans contredit accessoire. C'est pour M. Vulpian une sorte de maladie parasitaire que l'on pourrait désigner sous le nom de *bactériémie*. (*Soc. de biol.*, décembre 1872.)

M. Hayem a obtenu en outre des abcès métastatiques du foie dont l'origine pour lui est purement embolique. Les liquides putréfiés, mais sans odeur, lui ont donné les mêmes résultats. Il en résulte que les abcès métastatiques ne sont plus caractéristiques de la pyohémie, ou plutôt qu'il y a une septicémie de forme pyohémique, à abcès emboliques métastatiques, qu'il serait fort difficile de distinguer de l'autre forme. La septicémie se confond ainsi avec la pyohémie, et ne diffère plus que par de simples caractères de variétés.

MM. Béhier et Liouville ont constaté les mêmes faits. Outre la toxicité du sang et du pus de phlegmons locaux, la sérosité roussâtre de phlyctènes volumineuses isolées, sur les oreilles, inoculée à d'autres lapins, s'est montrée plus infectieuse que le sang putride chauffé. L'autopsie offrit les mêmes modifications du sang et les mêmes lésions viscérales précitées. Cette sérosité contenait d'ailleurs des corpuscules animés, de taille, de forme et de mouvements variés. L'analogie d'effets résulte donc de l'analogie de composition. C'est une véritable affection générale. (*Idem.*)

Contre le rôle étiologique attribué aux bactéries par M. Davaine, dans la production de la septicémie expérimentale et spontanée, M. Onimus produit des expériences qui semblent l'infirmer. Du sang putride, dont l'inoculation à dose infinitésimale déterminait rapidement la mort des lapins avec des lésions nécroscopiques, étant mis en contact avec de l'eau filtrée, y détermine rapidement la présence d'organismes infiniment plus nombreux que dans le sang même. Or cette eau contenant des milliers de vibrions et de bactéries, inoculée à neuf lapins, n'a déterminé la mort d'aucun.

Bien plus, le sang putride des lapins septicémiés, inoculé à

ces lapins indemnes des injections d'eau putride, les a tués rapidement, tandis que ce sang, dialysé comme précédemment et communiquant à l'eau une grande quantité d'organismes après quelques heures, injectée sous la peau d'autres lapins, n'a déterminé aucun symptôme morbide. 40 à 50 centimètres cubes de cette eau, dont chaque goutte renfermait des milliers de vibrions et de bactéries, injectés à un lapin, n'en ont pas produit davantage. Il est donc prouvé par là que les principes dialysables du sang ne sont pas toxiques.

D'où l'auteur conclut que le principe septicémique n'est point un ferment organisé dialysable comme les vibrioniens, et que ceux-ci semblent être l'effet plutôt que la cause de la septicémie. (*Acad. de méd.*, avril.)

Mais MM. Davaine et Pasteur opposent à cette manière de voir l'incertitude de l'identité des vibrioniens contenus dans le dialyseur et hors de ce filtre. La forme ne suffit pas pour constituer l'identité spécifique, comme de nombreux exemples tirés des mammifères, des reptiles, des poissons, des insectes, le prouvent. L'expérimentation a démontré que des espèces différentes de vibrioniens ont les mêmes caractères morphologiques. Le milieu vital pour les uns est mortel pour les autres. Le ferment butyrique, par exemple, est un vibrion extrêmement agile, tandis que le ferment lactique est un vibrion presque immobile. Celui-ci est *aérobie*, c'est-à-dire qu'il ne peut vivre et se développer qu'au contact de l'air, tandis que l'autre n'en a pas besoin, il est *anaérobie*. N'est-il pas possible que ces différences existent pour les vibrions contenus dans le sac et hors le sac du dialyseur? Les uns peuvent ainsi être très-dangereux et les autres inoffensifs. Des recherches plus précises sont donc nécessaires.

C'est ce que M. Onimus a fait aussitôt en montrant que tous ces vibrions sont aérobies et qu'ils vivent indifféremment dans l'un et l'autre liquide. Il a fait plus par la congélation du sang septicémique au-dessous de zéro, c'est-à-dire en tuant les bactéries et vibrions qu'il contient avant de l'inoculer. Néanmoins, quelques gouttes injectées à des lapins ont suffi pour les tuer en moins de vingt-quatre heures.

La coagulation par l'alcool ne détruit pas les vibrions, et pourtant, sur sept lapins inoculés avec ce sang, un seul a succombé.

La coagulation par la chaleur semble établir une différence

très-marquée entre le sang septicémique, formé artificiellement en chauffant à 40 degrés du sang ordinaire, et le sang d'animaux morts de septicémie : le premier a déterminé la mort en vingt ou trente heures ; le second, qui, dans les conditions ordinaires, a une virulence bien plus considérable, n'a produit aucun accident.

Il semble donc bien résulter de ces nouvelles expériences que le sang septicémique conserve sa virulence, malgré la destruction préalable des organismes vivants, de même qu'il n'a aucune influence toxique, malgré leur persistance jusqu'à ce que de nouvelles objections en aient montré l'inanité. D'où M. Onimus conclut qu'il faut chercher la cause de la septicémie en dehors des corpuscules doués de mouvements qu'on aperçoit dans les humeurs altérées. Il la suppose et la démontre même, par élimination, exister dans les molécules albuminoïdes du sang.

M. Davaine objecte à cette théorie que « aucune substance connue ne peut produire un effet toxique ou fermentescible à la quantité d'un millionième de goutte, à moins que cette substance ne se multiplie par la génération. Or, la génération constituant l'être vivant, le virus de la putréfaction est donc nécessairement un être organisé et non simplement une seustance albuminoïde. »

Il faudrait d'abord établir et démontrer la fermentation, répond M. Onimus. Si un millionième de goutte d'un poison inorganique ne peut produire un effet toxique, il suffit d'un contact aussi minime et aussi court qu'on peut l'imaginer d'un poison organisé, pour que la partie touchée subisse une modification moléculaire ou isomérique. C'est ainsi qu'en calculant dans quelle proportion se trouve la goutte de virus provenant des plaques muqueuses de la gorge qui transmettra la même maladie à une seconde personne relativement à la première goutte de virus syphilitique qui l'a produite, on arriverait à des divisions infinitésimales bien plus grandes. C'est le propre des virus d'agir à doses infinitésimales ; une granulation suffit pour empoisonner tout l'organisme, en agissant par un *je ne sais quoi* ni *comment* sur les matières albuminoïdes. Les virus existent uniquement dans ces substances animales et les mieux connus n'ont ni infusoires, ni champignons pour siége. M. Chauveau a démontré que ces proto-organismes sont étrangers au vaccin. Quelle est la bactérie spécifique de la syphilis? Ces virus se

transmettent pourtant à dose infinitésimale. Le virus de la septicémie s'en rapproche à cet égard, et est également spécifique et détruit par la putréfaction. On peut donc admettre qu'il se trouve aussi dans les molécules albuminoïdes, et c'est là que les recherches doivent porter. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

M. Chauveau *semble* avoir résolu le problème par l'ingénieuse expérience du *bistournage* ou castration du bélier, dont le mécanisme et les résultats sont exposés au mot Hétérogénie. Pour juger si la présence des bactéries dans l'organisme peut déterminer des accidents septiques par une sorte de fermentation, il a injecté préalablement dans une veine de l'animal à soumettre au bistournage, de la sérosité décantée et filtrée du pus d'un séton, et ne contenant plus que des bactéries de l'espèce thermo ou catenata, c'est-à-dire ponctuées ou en chapelet. Le bistournage était pratiqué le lendemain, suivant les règles ordinaires, et fut suivi, dans tous les cas, de la gangrène du testicule. Il est donc bien prouvé par là que c'est le nouveau corps étranger, le sérum bactéridien introduit dans l'organisme, qui a déterminé la gangrène du testicule au niveau du traumatisme, c'est-à-dire une putréfaction locale. Ce fait peut donc être opposé directement aux expériences contradictoires de M. Onimus, en faveur de la théorie de M. Davaine. (*Acad. des sc. et de méd.*, avril.)

Mais ici, M. Onimus objecte qu'il reste sur le filtre des granulations albuminoïdes qui injectées avec les vibrions ont plutôt déterminé la gangrène que ces proto-organismes. La preuve pour lui, c'est que le liquide filtré n'a jamais pu en être complétement débarrassé, de l'aveu même de M. Chauveau, et que ce liquide filtré, contenant des vibrions, injecté aux animaux soumis au bistournage, n'a rien déterminé. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

Trouvant avec raison que l'expérimentation exclusive sur un herbivore aussi peu résistant que le lapin n'est pas une garantie suffisante des résultats obtenus et proclamés, M. Colin a répété l'inoculation du sang septique sur les autres espèces domestiques pour savoir si le lapin n'avait pas une réceptivité spéciale pour contracter la septicémie, comme le cheval, la morve; le bœuf, le typhus; le mouton, la clavelée; l'homme, la syphilis et la variole. L'aptitude des divers animaux domestiques à contracter le charbon a des degrés nombreux, et il peut en être de même de la septicémie. Le lapin ne la contracte même pas aussi facilement par l'inoculation du sang putréfié dans une

plaie externe du corps ou hors de l'organisme, que par le sang provenant d'un autre lapin septicémique. Ces deux sortes de sangs septiques, putrides, injectés successivement et comparativement à des rats, des chats, des chiens et à des herbivores, comme le mouton, la chèvre, puis au cheval et à l'âne, dans des expériences très-multipliées, n'ont donné que des résultats négatifs. Que le sang fût pris sur le lapin septicémique ou sur des animaux de même espèce et en proie à une infection septicémique, le résultat est resté le même, quels que fussent la dose du sang employé, le nombre et le siége des inoculations.

Il n'y a donc pas lieu, d'après ces expériences variées, confirmatives en partie de celles de MM. Bouley et Leblanc, à généraliser sans preuve la transmission de la septicémie à l'homme par inoculation, puisqu'elle ne réussit même pas sur un rat. A moins d'assimiler l'homme tout à fait au lapin sous ce rapport, ces généralisations ne sont nullement justifiées, puisqu'elles n'ont réussi jusqu'ici que sur ce petit rongeur et le cobaye.

Quant aux doses infinitésimales, M. Colin a obtenu les mêmes résultats que M. Davaine et les autres expérimentateurs, sur le lapin, avec le sang septicémique *dilué*, mais non pur. Et il l'explique par la quantité encore relativement considérable d'éléments figurés contenus dans ce sang dilué, soit 140 dans un millionième de goutte. Le sang putréfié hors de l'organisme ne réussit pas de même comme s'il en contenait moins.

Mais le merveilleux de ces expériences s'arrête tout court au lapin et au moineau. Jeune ou adulte, celui-ci a été tué dans les vingt-quatre heures, comme le lapin, à dose infinitésimale. Une goutte entière de sang putréfié à l'air libre en a laissé vivre au contraire plus de la moitié. Mais le rat, le chat, le chien, le mouton, la chèvre, l'âne et le cheval ont été absolument réfractaires à ces dilutions de sang septicémique aussi bien que de celui putréfié à l'air libre. C'est donc en vertu d'une aptitude toute spéciale que le lapin se montre si sensible à la septicémie. Le danger n'en est donc pas général et absolu ; il est au contraire très-restreint et exceptionnel. D'où l'enseignement de ne pas appliquer d'emblée à l'homme les données expérimentales obtenues sur un animal, ni même de conclure de celui-ci à un autre sans vérification.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement le sang provenant d'un

animal septicémié qui est infectieux. Le sérum seul, filtré, l'est comme les globules. M. Onimus a poussé cette démonstration aussi loin que possible comme on l'a vu. Mais M. Colin, ne parlant que de ses expériences personnelles, a trouvé la sérosité rougeâtre du péricarde aussi active que le sang lui-même; elle n'a jamais manqué son effet sur le lapin, non plus que la sérosité péritonéale, le chyle, la lymphe, la salive, les mucosités bronchiques, intestinales, l'urine même et l'humeur aqueuse de l'œil. Le pus putride, pris sur des animaux septicémiques, s'est comporté de même. Sans nocuité parfois pour ceux qui le produisent, il est virulent, transporté sur d'autres. Mais exclusivement sur le lapin, qui en est ainsi à peu près l'unique réactif, et à des doses qui sont loin d'être infinitésimales, ce qui était surtout la question à examiner.

Telle est la sensibilité réactive du lapin pour la septicémie, qu'il permet de distinguer sûrement la nature virulente ou non d'un liquide. Dans toutes les expériences précédentes, on a vu que le sang ou les autres liquides agissaient bien différemment sur lui, suivant qu'ils proviennent d'un animal septicémique encore vivant ou récemment mort, ou qu'ils sont putréfiés en dehors de l'économie. Toujours affirmatifs dans le premier cas, ils sont ordinairement négatifs dans le second. Il démontre ainsi que la virulence de la septicémie, comme celle du charbon et probablement d'autres, s'atténue et se détruit par la putréfaction de l'animal après la mort. Les liquides qui agissaient à très-faible dose et à coup sûr pendant la vie, n'agissent plus après la mort que par grandes masses, comme le sang et les tissus putréfiés des cadavres ordinaires. C'est ainsi que l'inoculation de sang charbonneux frais donne le charbon au mouton et non au lapin, tandis que si l'animal charbonneux est putréfié, l'inoculation de ses liquides ne transmet plus rien au mouton, inapte à recevoir la septicémie, tandis qu'ils la transmettent au lapin. C'est là un résultat très-important de l'expérimentation.

Les gaz provenant des animaux septicémiques ne paraissent pas virulents ni contagieux. Des lapins très-jeunes ont pu rester impunément avec d'autres lapins septicémiés, morts et vivants, plus ou moins longtemps, sans s'en montrer malades. La vapeur de lapins septicémiques dépouillés, condensée sous une cloche et inoculée, n'a rien produit que dans deux cas exceptionnels où l'expérience est ainsi suspecte.

Du sang et des tissus ou des parties entières d'animaux septicémiques, mangés et digérés par des chèvres, des brebis, des chiens, des chats, des rats, n'ont amené aucun accident autre que de la diarrhée parfois. Les lapins eux-mêmes, malgré leur répugnance, ont pu en recevoir dans l'estomac sans en être incommodés. Deux fois seulement, ils en ont été tués avec des symptômes pulmonaires évidents. Au lieu de lésions œsophagiennes, gastriques ou intestinales, ce sont de graves lésions bronchiques et pulmonaires qui ont été trouvées à l'autopsie. D'où cette conclusion que le sang septicémié est tombé dans la trachée. M. Colin s'en est convaincu par l'examen microscopique du sang d'oiseau ingéré et retrouvé dans la trachée du lapin. La muqueuse digestive est donc réfractaire à l'absorption des liquides septiques aussi bien que la conjonctive. M. Colin s'en est assuré en reprenant, dix à quinze heures après l'ingestion de produits septiques dans l'estomac de divers animaux, ces produits en digestion plus ou moins avancée et qui, inoculés à des lapins, les ont constamment tués immédiatement.

Recherchant les conditions de développement de la virulence septicémique, M. Colin a constaté qu'elle diffère suivant le sang inoculé. Le sang putréfié, fétide, ordinairement chargé de bactéries et de microzoaires divers, avec destruction de ses globules, échoue le plus souvent à produire la septicémie ; tandis que le sang frais des animaux septicémiques, sans indice de putréfaction, conservant ses globules et dépourvu de bactéries, agit à coup sûr à dose infinitésimale. Lui seul est essentiellement virulent. Mais, inoculé, il ne communique à la masse du sang sa propriété contagifère, comme le virus charbonneux, que plusieurs heures après l'inoculation, et alors que les granules qui s'y sont développés n'ont aucun caractère bactéridique. Ces granules ressemblent beaucoup à ceux de la lymphe et des ganglions lymphatiques, sinon aux globulins normaux du sang et dont personne n'a déterminé la nature. La virulence n'est donc pas produite par une simple dissolution de l'agent virulent, mais par un travail particulier, et loin que ce soit la putréfaction, comme le dit M. Davaine, celle-ci la détruit, comme la chaleur, la congélation et les divers agents chimiques. Le sang septicémique n'est jamais plus actif qu'à l'état frais.

Ce travail septicémique du sang n'est pas local, car l'excision de l'oreille, une minute après l'inoculation, n'empêche pas

l'empoisonnement d'avoir lieu. Il est donc général et ne se traduit, après dix à quinze heures, que par une moindre coagulabilité du sang, la déformation des globules rouges, hérissés de pointes et moins colorés. Il est aussi chargé de globulins blancs avec ou sans bactéries. Sa virulence est complète alors, bien qu'il n'y ait encore aucune lésion viscérale, comme l'avait dit M. Davaine. L'altération du sang est donc la lésion primitive, les autres n'en sont que la conséquence.

Quant aux symptômes généraux, il est difficile de juger de ceux de l'homme par ceux que présente le lapin. Le frisson manque souvent; l'augmentation de la température, c'est-à-dire la fièvre, est constante, tout en variant d'intensité selon l'activité de la virulence. Ces symptômes n'ont donc rien de spécial qui puisse faire distinguer la septicémie des autres maladies infectieuses. (*Acad. de méd.*, octobre.)

D'ailleurs, on n'a pas assez remarqué que les expériences de M. Burdon-Sanderson, invoquées dans le débat à l'appui de l'accroissement, de l'*intensification*, comme il dit, de la virulence par la culture, sont contradictoires avec celles de M. Davaine et même celles de M. Chauveau. Ce n'est pas du sang putréfié ni du pus putride dont se sert à l'origine l'expérimentateur anglais; c'est tout simplement la sérosité résultant d'une inflammation produite par une injection irritante sous la peau. Introduite en très-petite quantité dans le péritoine d'un cochon d'Inde, elle y produit une péritonite des plus intenses, et c'est l'exsudation de cette péritonite qui, inoculée ensuite à un chien, amena rapidement la mort avec les symptômes de la septicémie. Il y a donc là des différences d'origine qu'il est bon de distinguer, aujourd'hui que l'on confond et que l'on englobe tout sous le nom de septicémie.

Les expérimentateurs allemands ont aussi voulu vérifier les résultats *renversants* des inoculations septiques annoncés par M. Davaine. Le professeur Stricker, l'un des plus habiles investigateurs dans ce genre de recherches, s'est aussitôt mis à l'œuvre avec l'aide des docteurs Clementi et Thin, et voici le résultat de leurs travaux, communiqué le 16 mai dernier à la *Gesillschaft der Aerzte*, de Vienne.

Plus de 120 animaux ont été inoculés, dont 63 avec du sang septique, transmis successivement d'un animal à l'autre jusqu'à la treizième génération. Les doses étaient de plus en plus diluées, et les résultats ont été absolument confirmatifs de ceux

de M. Davaine. 53 animaux sont morts des 63 soumis à la septicémie, et la malignité a augmenté avec la fréquence de transmission ; $0^{m},0008$ cubes du sang du douzième animal ont suffi pour tuer le treizième. Il est remarquable que 20 animaux ont survécu à l'inoculation. Dans tous les cas, on a constaté une infiltration étendue des tissus, au point inoculé.

Contrairement à M. Onimus, le liquide obtenu du sang septique dialysé s'est montré constamment toxique. Un autre résultat plus étonnant est l'absence des bactéries dans ce sang examiné au microscope. M. Stricker déclare n'avoir observé que de petits corps protoplasmiques incolores, sans caractère organique. L'intensité graduelle du poison, par la transmission, lui fait admettre cependant la nature vivante du contagium, car une matière ne peut proliférer si rapidement sans être organisée. Il a observé également que l'ébullition du sang septique ne détruit pas ses propriétés.

M. Burdon-Sanderson s'est aussi occupé de cette origine de la septicémie par les bactéries et les bactéridies. Dans un mémoire lu dans la séance du 13 mai de la *Royal medical and chirurgical Society*, il relate de nouvelles expériences faites sur des lapins, des chats et des chiens avec le produit liquide de l'inflammation. Mis en contact avec une substance inorganique, comme l'ammoniaque ou l'iode, ce liquide étant injecté dans le péritoine, détermine la mort des animaux dans les vingt-quatre heures, avec tous les symptômes de la septicémie : vomissements, diarrhée et collapsus. Les altérations anatomo-pathologiques étaient : l'inflammation du duodénum et du rectum, et parfois du jéjunum. En examinant le sang et le liquide des animaux avant leur mort, les bactéries y furent constamment trouvées en abondance. Il en résulte donc que le produit de la fièvre, injecté dans le péritoine, détermine les mêmes effets que les matières septiques.

Ce résultat est la négation de la spécificité des matières septiques, comme la production artificielle du tubercule l'était du tubercule lui-même. Il n'y aurait plus qu'à tout nier s'il fallait s'en tenir à ces expériences. Au lieu de la lumière, c'est le chaos qu'elles produisent.

Si ces expérimentations successives, isolées, faites par des hommes compétents confirment ce fait nouveau, capital, annoncé par M. Davaine et qui paraissait tout d'abord incroyable : l'inoculabilité du sang septicémié à dose infinitésimale et l'aug-

mentation croissante de sa virulence, en passant par des organismes successifs, elles montrent aussi l'erreur des dilutions outrées. Quelques contradictions mises habilement en lumière par M. Chassaignac, le Zoïle de cette discussion, en ressortent aussi. C'est la virulence très-limitée du sang des typhisés et même son insuccès complet entre les mains de M. Vulpian ; les lésions anatomiques observées par MM. Coze et Feltz, niées par M. Davaine et vérifiées au contraire par MM. Liouville et Béhier. Il est vrai que, d'accord avec M. Vulpian, M. Davaine fait une distinction à cet égard, c'est que ces lésions anatomiques n'existeraient que dans la septicémie lente, chronique, tandis qu'elles manqueraient dans la forme aiguë à marche rapide, du moins en tant que pouvant provoquer la mort. Mais alors ce serait là seulement la *septicémie expérimentale*, comme l'appelle M. Vulpian ; la *septicémie humaine*, *clinique*, si l'on peut dire, serait toujours accompagnée de lésions, conformément à l'avis de M. Feltz pour qui elles procèdent toujours d'hémorrhagies capillaires dépendant d'arrêts circulatoires, déterminés par les modifications morphologiques et chimiques du sang. Aussi, contrairement aux infarctus de l'infection purulente pure, ceux de la septicémie aboutissent rarement à l'abcès métastatique, parce que presque toujours l'altération du sang est d'emblée si forte, qu'elle tue avant que l'infarctus ait eu le temps de se ramollir et de passer à ce qu'on appelle la suppuration.

La différence du sang humain avec le sang de bœuf est une autre contradiction à élucider, de même que l'action étiologique des bactéries, malgré l'expérience ingénieuse de M. Chauveau. Il est au moins prématuré d'en faire le principe générateur du typhus, de la fièvre typhoïde, de la fièvre hectique, etc., etc. (*Acad. de méd.*, janvier, mars et avril.)

SPASME. Spasme musculaire périphérique. *Injections morphinées.* Une institutrice de quarante et un ans observa tout à coup que le pouce et l'index de la main droite se recourbaient l'un vers l'autre par des contractions brusques qui les faisaient se rejoindre par leur extrémité libre. Ces accidents persistèrent sans intermission pendant huit jours, avec de telles douleurs dans les doigts atteints qu'elles empêchaient le sommeil. Aucune sensation anormale, ni picotements, ni faiblesse n'avaient précédé ce singulier phénomène.

Malgré des tentatives réitérées de traitement : frictions simples et médicamenteuses, électrisation, tout échoua et la malade dut quitter sa profession. Trois ans après, elle se présentait à l'hôpital Saint-Antoine, où M. le docteur Ferrand l'observa.

Fondé sur ce fait que le sommeil amenait une certaine résolution de la contracture, et jugeant que l'élément sensitif jouait un rôle important dans la pathogénie de ce phénomène, il pratiqua une injection avec 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine sur la face dorsale du pouce. La contracture et la douleur diminuent aussitôt. Deux autres injections consécutives apportent le même amendement notable, mais momentané. Malheureusement, ce traitement n'a pu être poussé plus loin. C'est donc un essai à reprendre. (*Union méd.*, n° 19.)

Cette médication est d'autant plus logique que, dans une paralysie gauche d'origine cérébrale, avec contracture très-douloureuse de l'avant-bras et de la main, nous avons, à plusieurs reprises, obtenu un soulagement sensible par des frictions dans le creux de la main, avec le laudanum de Sydenham, ou l'emploi de la morphine par la méthode endermique.

Spasme du col de la vessie. *Cystotomie.* Le docteur Parona, chirurgien du Grand-Hôpital de Novare, cite deux nouveaux faits cliniques témoignant de la difficulté du diagnostic, de l'inefficacité des moyens palliatifs de toute sorte : sangsues, vésicatoires, injections hypodermiques morphinées, belladone, bromure de potassium, etc., et de l'action certaine de l'incision du col. L'auteur donne la préférence à la cystotomie sur les scarifications intra-uréthrales, d'après la comparaison de ses deux observations et celles des chirurgiens célèbres, italiens, anglais et français qui, en taillant les malades, croyant trouver un calcul, ont guéri le spasme vésical par cette opération. (*Rivist. clin. di Bologna*, avril.)

Ce mémoire est utile à consulter pour ceux qui voudront entreprendre une monographie sur ce sujet intéressant pour vulgariser le diagnostic si difficile de cette névrose, et l'opération qui, seule, peut en obtenir sûrement la guérison.

Spasme essentiel du sphincter anal. *Bromure de potassium.* Si le plus souvent la contracture est un phénomène réflexe ou symptomatique d'une autre lésion, elle est parfois idiopa-

thique, essentielle même dans la contracture du sphincter anal que l'on rapporte trop exclusivement à une fissure, une ulcération, un bouton hémorrhoïdal. Tel est le cas observé par M. le docteur A. Leriche sur un homme de trente-neuf ans. Il souffrait depuis six mois d'un spasme tel que le doigt ne pouvait être introduit que par force et avec des douleurs atroces, malgré les topiques locaux au laudanum, au camphre, à la belladone, les bains, la dilatation par des mèches et l'éponge préparée. Les selles étaient rares, douloureuses et les matières effilées. Aucune ulcération fissurale ne fut trouvée à l'examen. Une application de douze sangsues *loco dolenti*, le repos et un régime adoucissant ne purent vaincre la contracture. Elle ne cessa que sous l'influence de l'usage du bromure de potassium à la dose graduelle de 2 à 6 grammes par jour. Dès le lendemain, les douleurs diminuèrent; elles avaient cessé un mois après. (*Union méd.*, n° 85.)

N'est-il pas probable que cet agent appliqué localement eût eu le même succès? Contre un mal de cette nature, aussi localisé, il est plus rigoureux d'agir localement.

Spasme ou crampe des écrivains. D'après quatre observations récentes, rapportées par le docteur Runge (de Nassau), cette névropathie loin d'être idiopathique, ne serait souvent qu'un symptôme des altérations les plus disparates des centres nerveux ou de maladie locale du bras. Une périostite du condyle externe de l'humérus en était ainsi la cause, dans le premier cas. C'était un point de suppuration insignifiant sous l'ongle du pouce dans le second, et des altérations des centres nerveux dans les deux autres. Aucun de ces malades n'était écrivain de profession. Mais sous l'influence de ces lésions, ils furent graduellement dans l'impossibilité d'écrire, sans ressentir aussitôt une crampe ou une contracture musculaire douloureuse qui les forçait de déposer la plume.

Il n'y a donc pas lieu d'établir un traitement unique, électrique ou autre, contre cette affection. Le repos seul est applicable à tous les cas, et c'est à rechercher les causes du mal qu'il faut se livrer avant de chercher à le guérir. (*Accad. di med. di Torino.*)

SPLÉNOTOMIE. Une excision de la rate hypertrophiée et mobile a été exécutée le 20 juin par le docteur Attilio Urbinato.

Après une incision médiane se prolongeant au-dessus de l'ombilic et de plus de sept pouces de long, l'opération eut lieu sans grande difficulté. La rate, d'un volume énorme et pesant deux livres un quart après son ablation, était libre d'adhérences en avant, mais adhérait à l'épiploon inférieurement. Celui-ci fut détaché et les vaisseaux liés avec soin. Quelques adhérences en haut avec le pancréas furent facilement rompues avec les doigts. Une ligature métallique fixa les gros vaisseaux du pédicule. L'opérée ne perdit qu'une faible quantité de sang pendant une heure que dura l'opération ; l'anesthésie avait été très-bien supportée et tout semblait dans les conditions les plus favorables, lorsqu'une péritonite enleva la malade le troisième jour. (*Raccoglitore medico.*)

La splénotomie est donc bien plus grave que l'ovariotomie dont les succès paraissent avoir déterminé l'exécution plus fréquente. M. Kœberlé si heureux dans celle-ci est aussi malheureux pour la seconde fois dans celle-là. C'est peu encourageant.

SONDES. Sonde à tampon. L'occlusion persistante des yeux de la grosse sonde ordinaire en argent ayant empêché le docteur Gairal de vider la vessie d'un vieillard pris d'hémorrhagie vésicale, malgré les injections forcées, il a fait fabriquer cette nouvelle sonde qui lui a immédiatement réussi. C'est la sonde ordinaire sans yeux et ouverte à ses deux extrémités. Un mandrin en fil de métal très-souple et délié est taraudé à l'une de ses extrémités et terminé à l'autre par un petit bouton, tantôt olivaire, tantôt en champignon, faisant office de soupape ou de tampon.

Ce mandrin, introduit dans la sonde par son extrémité inférieure, sort en haut par un petit tube existant près du pavillon. Un petit écrou ordinaire le fixe là et ferme le corps de sonde. Introduite, cette sonde s'ouvre en dévissant cet écrou qui fixe le mandrin et le tampon, et il suffit de le visser de nouveau pour retirer l'instrument de la vessie (*Mouv. méd.*). On peut juger, par ces complications, qu'il ne doit être employé que dans les cas très-exceptionnels où la sonde ordinaire ne suffit pas.

SOUFRE. Les progrès de la chimie hydrologique ont profondément modifié, dans ces derniers temps, les idées régnantes sur le mode d'administration de ce précieux médicament. Au lieu de considérer les monosulfures alcalins comme les agents

actifs des eaux sulfureuses naturelles, l'analyse chimique et les propriétés de ces eaux montrent que leur action n'est pas due à ces agents. La théorie d'Anglada sur l'action de ces monosulfures fut ainsi détruite. Fontan y porta le premier coup en observant que l'action de ces eaux ne s'accordait pas avec leur prétendue composition et admit l'existence d'un sulfhydrate de sulfure alcalin. Presque toutes les eaux sulfureuses contenant de l'acide carbonique libre, les monosulfures alcalins ne peuvent exister à son contact. Leur décomposition est immédiate. Il suffit de placer sous une cloche de verre du monosulfure de sodium et de l'acide carbonique pour s'en convaincre. Il se forme aussitôt du *sulfhydrate de sulfure de sodium* et du bicarbonate de soude. Les travaux de H. Rose, de MM. Fordos et Gélis et plus récemment ceux de M. le professeur Béchamp ont démontré la présence du sulfhydrate de sulfure de sodium dans les eaux des Pyrénées.

L'emploi des monosulfures alcalins et des foies de soufre, pour imiter les eaux naturelles, n'a plus ainsi de raison d'être. Tels sont les poudres de M. Pouillet au monosulfure de calcium, le plus altérable des sulfures, d'après Soubeyran, et les bains et lotions de Baréges artificiels. Variables dans leur composition, ces produits n'offrent aucune garantie aux médecins qui les prescrivent. Quant aux bains préparés avec le monosulfure de sodium, mis en vogue par M. Quesneville et adoptés par le Codex, ils sont encore plus dangereux par leur causticité. Cette substance est le dissolvant le plus énergique des matières animales ; elle exerce sur les tissus une action corrosive, supérieure même à celle des alcalis caustiques, et peut donner lieu à des accidents graves, lorsque la dose est un peu trop forte ou le sujet très-délicat.

Si donc l'action thérapeutique du soufre, si bien démontrée contre les bronchites chroniques, les catarrhes pulmonaires, les paralysies saturnines et surtout les maladies de la peau, dont il est pour ainsi dire le spécifique, ne saurait être diminuée ni atténuée par ces nouvelles interprétations chimiques, il est évident que les préparations pour son emploi interne et externe, doivent subir de profondes modifications. L'usage du soufre en poudre soit en pommades ou onguents pour l'extérieur, soit en électuaire, en tablettes ou pastilles pour l'intérieur, et dont l'odeur si répugnante est souvent un obstacle à son emploi, n'est plus indispensable désormais. Restent les eaux sulfureuses naturelles

employées en bains ou en boisson. Mais tout le monde ne peut aller les prendre sur place et l'on sait que, transportées, elles n'ont plus la même efficacité.

Sulfhydrate de sulfure de sodium. Ce nouveau sel signalé par Fontan et démontré seulement par les réactifs, a été isolé, défini et obtenu parfaitement cristallisé par M. Thommeret-Gélis, pharmacien à Paris. Il est incolore et cristallise en longs prismes déliquescents, contenant 6 équivalents d'eau (HS,NaS,6HO). D'une odeur sulfureuse peu intense, il est inaltérable placé dans des flacons bouchés. Au point de la saturation, il est tout à fait comparable au bicarbonate de soude et sans aucune action irritante sur les muqueuses.

« Si l'on veut se rapprocher autant que possible de la composition des eaux sulfurées sodiques, dit M. le professeur Bouchardat dans son *Annuaire* de 1873, on doit adopter le sulfhydrate de sulfure de sodium. » C'est pour se conformer aux nouvelles interprétations de la science que M. Thommeret-Gélis a composé des *produits sulfureux acidules* ou *sulfo-acidulés* qui remplissent toutes les indications de la pratique. Tels sont les granules ou dragées pour l'usage interne. Chaque granule contenant 2 centigrammes de sulfhydrate de sulfure, équivaut à un verre d'eau sulfureuse naturelle. Le médecin peut ainsi doser rigoureusement la quantité qu'il veut en faire prendre à son malade. Il peut les remplacer par le *sirop sulfo-acidule* dont une cuillerée à bouche contient également les principes d'un verre d'eau sulfureuse naturelle, unis à ceux du goudron de Norwége.

L'avantage de ces préparations est de pouvoir conserver indéfiniment le principe sulfuré, sans altération, à un prix de revient moindre que l'eau sulfureuse naturelle. Les granules peuvent se prendre comme pilules ou en solution. Il suffit d'écraser un granule et d'en mettre la poudre dans une fiole contenant un verre d'eau pour préparer l'eau sulfureuse dans les meilleures conditions. Elle peut servir de la sorte en gargarisme, en pulvérisation ou inhalations dans les maladies du larynx et des bronches.

Pour les bains et lotions, le sulfhydrate de sulfure de sodium est renfermé dans des flacons dont il suffit de verser la quantité prescrite pour avoir une préparation toujours identique et dont on peut varier la dose à volonté, sans aucun accident à redouter.

La faible odeur sulfureuse de ces diverses préparations n'est plus un obstacle à l'administration du soufre dans tous les cas où il est nécessaire, même pour les enfants. Leur succès dans les hôpitaux de Paris garantit ceux que l'on peut en attendre dans la pratique privée.

STRYCHNINE. *Mode d'administration.* Aux doses ordinaires de 1 à 2 milligrammes en injections hypodermiques, le docteur Kennard l'a trouvée sans action appréciable. Il put aller jusqu'à 5 1/2 milligrammes matin et soir, pendant cinq jours, sans inconvénient, sur un homme de cinquante ans atteint d'atrophie du nerf optique. Il put également administrer cette dose à une jeune femme ayant perdu complétement l'odorat, le goût et la vue, sans effet appréciable. (*Med. press and Circular.*)

Employée à faible dose par le docteur Chisolm, contre l'atrophie du nerf optique, sous forme d'injections hypodermiques, elle a été facilement tolérée, au point de pouvoir arriver rapidement à de hautes doses. Une dose occasionnant une contraction pénible des muscles spinaux et des membres inférieurs, cessait d'incommoder après un petit nombre d'injections. D'où l'indication de les augmenter graduellement, afin de tenir l'organisme sous l influence active du médicament. Un demi-grain, à doses fractionnées, peut en général être administré sans inconvénient à la plupart des sujets.

Des expériences comparatives lui ont montré que la même dose en injections hypodermiques, agissait plus activement que par l'estomac. Elle n'est pas également bien supportée à tous les moments du jour. Elle est plus active à jeun qu'à la suite du repas, et la dose peut être plus considérable dans la matinée que dans le milieu de la journée et à ce moment que le soir. Son action est cumulative ; elle n'est pas éliminée de l'organisme avec autant de rapidité qu'elle y pénètre.

Il l'administre par la bouche sous forme de granules enrobés contenant un 30e, un 20e, un 15e et un 10e de grain, afin de pouvoir la doser exactement et graduellement. (*Amer. journ. of med. sciences*, avril.)

Il est à présumer que ces différences d'action tiennent tout simplement à la qualité du produit. Des expériences comparatives avec la strychnine de différente provenance seraient donc indispensables pour résoudre cette question du dosage.

SUEURS. Sueurs locales. *Étiologie.* Après une fracture du cubital gauche, il s'est manifesté depuis quatre ans, chez le blessé, une sueur locale limitée à la moitié interne de la face dorsale de la main droite et au quart inférieur et interne de l'avant-bras du même côté. M. le docteur Chrestien, qui l'a observé, a trouvé la peau rouge dans toute cette région, même quand la sueur ne se produit pas ; les veines notablement plus volumineuses qu'à gauche et une chaleur plus vive. La sueur cesse et revient irrégulièrement plusieurs fois par jour, et se produit surtout quand la température extérieure s'élève. Intercurremment, les muscles de l'avant-bras se sont paralysés passagèrement, et une diarrhée chronique coïncide avec ces sueurs.

Contre l'effet invoqué de l'action réflexe, on a fait valoir une lésion du grand sympathique pour expliquer cette sueur locale et même la diarrhée, conformément à la célèbre expérience de M. Cl. Bernard. C'est ainsi que le sulfate de quinine a échoué, tandis qu'il a réussi dans d'autres cas présentant un caractère franchement intermittent. Chez une dame, par exemple, après une sorte de frisson local avec sensation marquée de froid, survenait de la chaleur, puis de la sueur à la main droite et à la partie postérieure de l'avant-bras. Cet accès paraissait chaque jour à la même heure. Jugeant qu'il s'agissait d'une fièvre larvée, M. Cuignet administra le sulfate de quinine et guérit ainsi rapidement la malade. (*Bull. méd. du Nord*, janvier.)

La différence manifeste de ces deux cas en explique l'issue différente. Le fait suivant, observé par M. le docteur Dally, confirme encore cette différence.

Chez un homme de quarante-huit ans, pesant 118 kilogrammes, tout le côté droit du corps est plus froid que le gauche ; il est plus volumineux, plus dense, plus rouge. En hiver, la main est généralement violacée. La différence de température est d'un demi-degré centigrade. Soumis pendant quatre mois à un traitement composé de sudations sèches, de manipulations, d'exercices gymnastiques assez énergiques et de douches fortes et prolongées, le malade a présenté les phénomènes physiologiques suivants :

1° Dans la boîte à sudation, la température du côté froid et sec s'élevait singulièrement, tandis que celle du côté d'ordinaire chaud et humide ne s'élevait point, ce qu'il faut attribuer à l'évaporation de la sueur ;

2° Même à 75 degrés et au bout de vingt minutes, la partie supérieure du corps affectée d'*anadrosie* restait sèche. Mais la région du ventre et la jambe droite ont gagné un certain degré de sudation ;

3° La réaction calorifique après la douche était surtout notable à gauche ; même sous la douche, la température élevée du côté droit persistait ;

4° Les exercices faisaient abondamment suer le côté gauche, jamais le côté droit.

5° Le côté gauche de la face paraît plus petit que le droit, en sorte que l'hypertrophie serait alterne.

S'agirait-il d'une prédominance d'action des vaso-moteurs rachidiens, antagonistes des filets du grand sympathique ? Il y aurait rupture de l'équilibre et ischémie unilatérale alterne. Mais comment concilier ce fait avec l'hypertrophie apparente ? Cette hypertrophie serait-elle simplement due à des dépôts graisseux ? Non, car non-seulement le membre est plus gros, mais il est plus fort.

M. Dally incline donc à supposer une atrophie primitive des glandes sudoripares. Car l'état de sécheresse absolue de la peau permet d'admettre que le thorax droit n'est même pas le siége de la perspiration dite insensible ; il propose de donner à ces faits pathologiques le nom d'*anadrosie*.

Hérédité. M. Ollivier l'a observée sur un garçon de vingt et un ans, atteint, depuis sa naissance, d'une éphidrose limitée à la partie des téguments de la face innervés par la branche maxillaire supérieure du trijumeau droit. Cette région, constamment humide par le froid le plus rigoureux, est parfois inondée, à la moindre excitation, et nécessite l'application d'un mouchoir. Ce liquide rougit le papier de tournesol. Le grand-père maternel et une tante maternelle de ce jeune homme étaient atteints d'une sueur locale de la même partie. Une fille de cette tante en est également atteinte. L'hérédité est donc bien évidente. (*Soc. de biol.*, mai.)

Sueur musquée. Chez deux idiots de l'asile de Pesaro, le docteur Frigerio a observé que dans leurs accès de colère et d'exaltation, leur sueur exhalait une odeur très-marquée do musc. Il attribue ce phénomène curieux à l'action du système nerveux, des vaso-moteurs en particulier qui, en exerçant une

influence sur les composés organiques de la transpiration, albumineuse en particulier, ont pu déterminer la formation d'une substance azotée analogue au musc. (*Riv. clin. di Bologna*, octobre.)

SUTURE TENDINEUSE. *Fils d'argent.* M. le docteur Polaillon croit qu'il convient de suturer les tendons toutes les fois que leur rapprochement immédiat ne peut se faire par une position convenable. Chez un homme de vingt-trois ans, des éclats de vitre étant venus couper la face dorsale du poignet de la main droite, alors qu'elle serrait fortement le brancard d'une voiture, il en résulta une plaie transversale de 3 centimètres d'étendue allant de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien jusqu'au deuxième. L'index, le médius et l'annulaire n'obéissent plus au mouvement d'extension. Les muscles extenseurs se durcissent et ne transmettent plus leur action qu'au petit doigt et au pouce. Étendus artificiellement, les autres se fléchissent de nouveau passivement. Les tendons étaient donc coupés.

Les bouts de ces tendons ne correspondant pas, même dans l'extension forcée de la main, il s'agissait de les rapprocher. Les bouts supérieurs étant rétractés, il fallut inciser de bas en haut la peau et le ligament annulaire dorsal du carpe, dans une étendue de 3 centimètres, pour les atteindre et les saisir. Ils furent ainsi suturés avec des fils d'argent aux bouts inférieurs correspondants. Comme pour les sutures en général, l'un des chefs des fils fut coupé au-dessus de la torsion et l'autre amené au dehors. Un épais bandage ouaté termina cette opération.

Ni douleur ni accident ne s'ensuivirent, et vingt-six jours après, la cicatrisation était presque complète ; lors de l'enlèvement de l'appareil, deux fils de la suture tenaient encore ; mais dès le lendemain, la fièvre et des frissons se déclarent ; un phlegmon se forme vers le milieu de l'avant-bras. Il est ouvert quinze jours après sans exfoliation, car les mouvements des doigts donnaient la preuve de la réunion. Il les fléchissait et les étendait à volonté à sa sortie de l'hôpital, trois mois et demi après l'accident. Malgré l'adhérence de la peau aux tendons, il peut écrire facilement. (*Gaz. des hôp.*)

SYMBLÉPHARON. *Autoplastie conjonctivale.* A la suite d'une brûlure par la chaux, un jeune homme avait une adhé-

rence cicatricielle de la paupière inférieure à la moitié du globe de l'œil, remontant aux deux tiers de la cornée. Il distinguait seulement la forme des objets, les détails lui échappaient. M. Le Dentu conçoit l'idée d'emprunter à la partie supérieure de la conjonctive un grand lambeau en forme de pont, pour le porter sur la partie inférieure du globe. Il disséque la partie de la paupière adhérente à la cornée, en l'isolant largement de chaque côté ; de cette façon, il fait un cul-de-sac et deux surfaces cruentes. Portant alors le bistouri sur la conjonctive, à la partie inférieure du bulbe, il détache la muqueuse en remontant par une incision demi-circulaire jusqu'à 2 millimètres au-dessus de la cornée. Faisant une seconde incision curviligne au-dessus de la précédente, il détache le lambeau conjonctival et le rabat entre les deux faces saignantes de la première dissection. La partie supérieure du bulbe est alors privée de conjonctive, mais les surfaces cruentes, répondant à la division du symblépharon, sont séparées l'une de l'autre. Le lambeau conjonctival transplanté est fixé par cinq points de suture en bas et trois en haut. Le résultat fut très-satisfaisant. (*Assoc. française*, 2e session.)

Greffe conjonctivale. Ce fut en empruntant un lambeau de la conjonctive du lapin que le docteur Wolfe réussit dans deux cas semblables. Transporté ainsi sur le bulbe dénudé, ce lambeau fut fixé par des sutures et prit un aspect grisâtre, tuméfié et recouvert de granulations exubérantes. Néanmoins, il adhérait parfaitement le quatrième jour, et bientôt les fils furent enlevés, la nouvelle conjonctive étant rosée et parfaitement adhérente. La guérison était complète le neuvième, et le globe libre et mobile comme dans l'état normal. (*Glasgow med. Journ.* et *Ann. d'oculistique*, avril.)

Deux fois, cette greffe conjonctivale a été répétée à la clinique oculistique de Turin par le docteur Reymond. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un raccourcissement de la conjonctive supérieure par suite d'une opération d'entropion. Elle formait bride et comme un frein entre le rebord de la paupière et celui de la cornée.

Une incision longitudinale de la conjonctive étant faite d'un angle à l'autre de la paupière supérieure, le lambeau fut fixé à la partie interne de la paupière par des points de suture pratiqués de dedans en dehors et la traversant de part en part, la

ligature du fil étant faite sur la peau. Puis le lambeau disséqué de l'œil du lapin, portant un fil aux quatre angles, fut appliqué sur la partie saignante et réunie à la conjonctive bulbaire avec les fils indiqués.

Cette opération délicate, faite le 14 juin, sous l'influence anesthésique, ne fut suivie d'aucun accident ni de réaction sensible. La réunion suivit les phases indiquées par M. Wolfe et était complète le vingtième jour, en permettant de plus amples mouvements de l'œil.

Un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis dix ans de conjonctivite granuleuse avec pustules, ulcère kérato-conjonctif et pannus, est le sujet de la seconde opération. La conjonctive de l'œil gauche était épaissie, rugueuse, d'un rouge cuivré et sèche, surtout sur le bulbe. La cornée, rugueuse et opaque dans ses deux tiers supérieurs, était recouverte, dans le tiers inférieur, d'une membrane épaisse, sorte de plaque épidermique grisâtre, résultant du frottement des cils de la paupière inférieure rentrés en dedans par l'adhérence de la paupière au bulbe. C'était un symblépharon postérieur total de la paupière inférieure.

Une incision de la conjonctive fut faite d'un angle à l'autre et un grand lambeau fut ainsi disséqué et fixé sur la paupière inférieure. Le lambeau-greffe destiné à le remplacer fut pris cette fois sur la surface interne de la membrane nictitans et la conjonctive du bulbe du lapin. Cinq fils de couleurs diverses étaient fixés à sa circonférence comme points de repère. Il fut réuni en haut et sur les côtés de la cornée à la conjonctive bulbaire et en bas au tissu cellulaire sous-conjonctival aussi profondément que possible dans l'infundibulum.

Cette autoplastie délicate, exécutée pendant l'anesthésie, eut le même succès que la première ; douze heures après, le lambeau était un peu grisâtre et tuméfié le lendemain. Le soir, il était soulevé, comme l'épiderme d'un vésicatoire, et paraissait détaché. Mais le troisième jour, il s'était abaissé de nouveau et suivit toutes les modifications cicatricielles observées dans le cas précédent, de manière que, le septième jour, la guérison était complète.

Ces deux opérations furent faites en présence de MM. Sperino et autres ophthalmologistes, de physiologistes et d'un grand nombre d'étudiants. (*L'Osservatore, gazz. delle clin.*, n°s 30 et 47.)

SYPHILIS. *Dégénérescence du grand sympathique.* Les désastres généraux de la syphilis se manifestent également par des changements dans le système du grand sympathique et le tissu connectif interstitiel, suivant le docteur Petrow (de Saint-Pétersbourg). Les cellules nerveuses deviennent colloïdes et surtout pigmenteuses. Le tissu interstitiel, en dégénérant aussi, produit l'atrophie des cellules et des fibres nerveuses et l'endothélium qui entoure les cellules partage cette dégénérescence. Elles augmentent d'abord de volume avec prolifération et subissent ensuite la métamorphose graisseuse. (*Virchow archiv.*, mars.)

Altération des grosses artères. Dans un cas observé par le docteur Heubner, le tronc de l'artère basilaire et les parois de la carotide gauche furent trouvés épaissis à l'autopsie. La tunique externe était abondamment infiltrée de petits noyaux semblables aux granulations des syphilômes ; une prolifération analogue de la tunique interne rétrécissait considérablement le calibre de ces vaisseaux. Un examen attentif de la membrane musculaire, intacte en apparence, montrait çà et là quelques noyaux semblables (*Congrès des médecins allemands*, 1872). Ce cas n'est pas unique. M. Blachez en a rapporté un semblable en 1863. Le malade fut emporté par une hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire présentant le volume d'une grosse plume d'oie. Les parois en étaient épaissies et comme infiltrées d'une matière granuleuse blanchâtre et d'aspect fibreux. Cette observation se trouve relatée dans le *Traité de la syphilis* de M. Lancereaux. (*Gaz. hebd.*, n° 49.)

Influence curative de l'érysipèle? Chez un homme présentant une roséole maculeuse sur le tronc et la face, papules disséminées, maux de gorge, alopécie avec une éruption extrêmement confluente de plaques muqueuses sur les lèvres et dans la bouche, la cautérisation de ces plaques, faite à l'hôpital du Midi, par le docteur Mauriac, détermina un érysipèle fébrile qui dura cinq à six jours. Or, avec sa disparition disparurent également comme par enchantement, en quatre à cinq jours, toutes les plaques muqueuses et l'hypertrophie hyperplasique des lèvres ; le teint s'éclaircit, les macules et les papules, en voie de décroissance, ne furent bientôt plus que des taches

imperceptibles. Ce fut un nettoyage presque complet. Est-ce effet ou simple coïncidence? C'est à observer.

Cette influence curative paraît bien plus évidente dans un second cas de chancre gangréneux phagédénique avec poussées successives d'éruptions sèches, de forme pustuleuse et ulcérante qui fit revenir le malade, type de Panglos, trois fois à l'hôpital du Midi. L'activité des plaques muqueuses dans la bouche, le larynx et jusque sur les cordes vocales avait éteint la voix ; une suppuration de l'oreille externe, des douleurs cérébrales, une bouffissure œdémateuse dure du nez, des joues et surtout des lèvres avec syphilides sèches et ulcéreuses de la peau rendaient cet état très-grave, lorsque survint un érysipèle violent de la face, déterminé sans doute par les précédentes lésions. M. Raynaud dirait une lymphangite (voy. Érysipèle). Dix jours après, la voix était redevenue nette et facile, toute tuméfaction de la face avait disparu et il n'y avait plus de plaques muqueuses sur les cordes vocales ni ailleurs; comme un violent caustique général, l'inflammation avait détruit tout cela ; il y avait cicatrisation des plaies sphacélées, comme dans les cas rapportés par M. Ricord et d'autres.

Dans un troisième cas, chez un maçon de trente ans, un chancre infectant réveilla la diathèse scrofuleuse par l'engorgement et la suppuration des ganglions cervicaux sans arrêter les accidents constitutionnels. La peau était couverte d'une syphilide papulo-vésiculeuse confluente, un œdème chronique de la face avec impétigo des narines défigurait le malade, lorsqu'un érysipèle bénin survint. Deux ou trois jours après sa disparition, les accidents syphilitiques diminuèrent sans que les ulcères écrouelleux en aient subi aucune influence.

Enfin, chez un maçon de dix-neuf ans, ayant des plaques muqueuses partout, jusque sur les cordes vocales, rebelles au traitement local et général, une angine érysipélateuse suffit en quinze jours à les faire disparaître entièrement, comme M. Lasègue en avait déjà rapporté des cas dans son *Traité des angines* (*Gaz. des hôp.*, n°s 39 et suiv.)

Cette influence curative de l'érysipèle sur les accidents syphilitiques a d'ailleurs été déjà signalée par différents auteurs et des cas rapportés à l'appui. Hunter, Rayer, Devergie, Lugol, Garrigue surtout, en rapportent des exemples indiqués par M. Mauriac. Elle est surtout évidente contre le lupus et le phagédénisme. Ce n'est donc pas une action spéciale. C'est, sui-

vant l'auteur, une action substitutive et résolutive d'autant plus curative que l'érysipèle est infectieux et général. Léger dans les deux derniers cas, son action n'a été ainsi que passagère et les pustules n'ont pas tardé à récidiver. Ce serait donc un véritable moyen thérapeutique que de pouvoir provoquer un érysipèle sur les parties envahies, quand les remèdes sont sans action, et il n'y a pas lieu de le redouter en pareil cas.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, brochure de 50 pages in-8°, Paris.

Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur E. Lancereaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, avec planches coloriées et figures intercalées dans le texte. Ouvrage couronné par l'Institut. Deuxième édition, revue et augmentée, un volume grand in-8° très-compacte de 612 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*.

De tous les ouvrages publiés sur la syphilis, et ils sont très-nombreux, gros et petits, celui-ci est probablement le résumé le plus complet. L'érudition dont il fait preuve est immense. Histoire, nosographie, sémiotique, étiologie, thérapeutique et médecine légale, voire même la syphilis chez les animaux, tout est visé, indiqué, signalé, critiqué ou approuvé, toujours appuyé sur les faits et sur les sources originales, indiqués avec soin. Ce n'est pas une vaine compilation, mais une exposition savante, raisonnée, des différentes doctrines, distinguant le faux du vrai, le connu de l'inconnu, et montrant les progrès graduels de la science en attribuant à chacun la part qui lui revient.

La nosographie est de beaucoup la partie la plus importante. Elle n'a pas moins de 400 pages, soit les deux tiers de l'ouvrage. Après la description des différentes affections syphilitiques, vient celle des lésions des organes et des tissus qui constituent les divers appareils, aussi bien dans la syphilis acquise, que la syphilis héréditaire, chez l'enfant et chez l'adulte. L'obscurité de ces accidents tertiaires, quant au diagnostic, éclairée par de nombreuses observations cliniques, une description précise des lésions pathologiques, des figures noires et 3 planches coloriées, rendent cette partie très-nouvelle et des plus intéressantes, surtout au point de vue de la pratique, attendu l'extrême gravité de ces altérations dans la plupart des cas. Les praticiens y

trouveront de précieuses indications sous ce rapport, de même que pour le traitement.

Malgré quelques répétitions dépendant de la forme classique de cet ouvrage et quelques détails historiques sans utilité, sa haute valeur est attestée par la distinction qu'il a obtenue et l'épuisement d'une première édition en six ans, outre une traduction en anglais par la Société Sydenham.

Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection purulente syphilitique, par Armand Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Paris, 1 vol. in-8° de 508 pages ; librairie *Germer Baillière.*

Le titre seul de cet ouvrage indique qu'il s'agit d'une nouvelle interprétation nosographique de la syphilis. L'auteur la rapproche des infections nerveuse, varioleuse, charbonneuse, rabique, purulente, etc. L'infection par le sang et la vaccine lui fournit le principal appui de cette opinion. Et c'est ainsi qu'en comparant la pathologie de ces diverses infections, il y trouve des ressemblances, des analogies. Tout est dans tout et, en forçant un peu la note, il en trouve même avec l'infection morbilleuse, c'est-à-dire la rougeole et la scarlatine, l'infection typhique et urineuse. Ce seraient là autant de spécificités analogues.

Ce rapprochement est certainement original ; peut-être même ingénieux, mais probablement peu du goût des praticiens qui le trouveront forcé. D'autant plus que c'est en affaiblissant, en défigurant le type ordinaire de la syphilis par des exceptions observées ici et là et élevées à la hauteur d'une règle, que ce rapprochement peut avoir quelque vraisemblance de réalité.

Il se pourrait bien aussi qu'il fût une conséquence du traitement préconisé par M. Després. On sait qu'il est antimercurialiste et que les toniques et le fer ont toujours suffi entre ses mains à la guérison, même chez les femmes syphilitiques enceintes. Par ce rapprochement, la doctrine cadre avec le traitement et il est possible de le prescrire et de le faire accepter, sans arrière-pensée, avec cette nouvelle interprétation.

Ce livre est, sous beaucoup de rapports, la répétition affaiblie de celui de M. Lancereaux. Moins classique et plus doctrinal, il insiste surtout sur l'historique qui a été fait et refait tant de fois ; mais le cachet primesautier de l'auteur le fait lire sans

peine. C'est vif, entraînant, résolu, et cette qualité en vaut bien une autre sur un sujet pareil.

Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement, par A. Bertherand, ancien médecin principal d'armée, officier de la Légion d'honneur, etc., etc. ; un volume in-8°. 2e édition refondue et augmentée, Paris.

Cet ouvrage est l'ancien mémoire couronné en 1848 dans un concours institué par le ministre de la guerre, additionné de notes et de commentaires aux principaux chapitres et qui doublent presque le contenu de la première édition. Son mérite d'exposition et de doctrine résulte de cette distinction. Repoussant toutes les innovations absolues, introduites depuis moins d'un demi-siècle sur cette maladie, l'auteur les combat courtoisement avec des faits. L'existence de la syphilis est ainsi démontrée dans tous les temps, mais sans que ses ravages au xve siècle, qui la firent venir d'Amérique ou de Naples, soient expliqués. De même de la dualité des virus et de la non-virulence des accidents simples. Unitaire à la manière des anciens, M. Bertherand attribue toutes les manifestations vénériennes et syphilitiques à la même origine et combat les distinctions modernes de Hunter, Ricord et de leurs disciples. Avec quelques exceptions, il prétend faire brèche à des lois dont la justesse se vérifie tous les jours. Il trouvera ainsi de l'écho parmi les jeunes syphiliographes dont l'observation et le labeur tendent à faire revivre le passé et dont il est encore un des plus savants plaidoyers. Son érudition le fera surtout utilement consulter à cet égard.

Le traitement préventif et curatif exposé avec soin rendra ce livre utile aux médecins militaires, aux médecins de dispensaires et à tous ceux qui s'occupent spécialement des maladies vénériennes.

Syphilis secondaire. Parmi les troubles nerveux auxquels elle donne lieu chez la femme, M. A. Fournier cite, pour la vue : les éblouissements, les troubles visuels et les paralysies de l'accommodation. Il y a même des phénomènes vagues d'amblyopie dont l'ophthalmoscope ne rend pas compte.

Pour l'ouïe, ce sont des bourdonnements, des tintements d'oreille, des otalgies et même de la surdité.

Enfin, il y a parfois, une perturbation de l'intelligence, une

véritable atonie, de la torpeur, de la perversion des facultés, et même de l'aliénation.

Son influence s'exerce aussi sur les autres parties du système nerveux, dont voici les principales :

Névroses syphilitiques. A la période secondaire, la syphilis stimule certaines névroses préexistantes et en réveille d'autres, éteintes ou calmées. Des femmes hystériques guéries — si l'on guérit de l'hystérie — reprennent ainsi des accès plus fréquents. Elle la développe chez des femmes qui n'en avaient jamais présenté de symptômes. De même de l'épilepsie. De véritables accès se montrent pendant son cours et comme preuve irrécusable que ces crises sont sous l'influence de la diathèse, c'est qu'elles disparaissent rapidement avec le traitement spécifique. C'est donc toujours une épreuve à faire au moins quand ces symptômes existent simultanément avec une syphilis secondaire. (*Gaz. hebd.*, n° 4.)

Paralysies secondaires. Elles sont une des manifestations nerveuses les plus fréquentes de la vie animale. Selon M. A. Fournier, leur caractère est d'être partielles, circonscrites. L'hémiplégie faciale en est le type le plus commun ; elle est la plus précoce et se manifeste du quatrième au sixième mois de la contagion et peut même coexister avec la roséole. Puis vient la paralysie du moteur oculaire commun et enfin celle de la sixième paire. L'hémiplégie complète est encore plus rare.

Elles n'ont pas d'autre caractère différentiel que de se développer pendant la syphilis secondaire et de guérir complétement et toujours lorsqu'elles sont soumises au traitement spécifique : l'iodure combiné aux mercuriaux.

L'hémiplégie syphilitique se distingue de l'hémiplégie apoplectique par une invasion plus lente. Au lieu de l'attaque, du coup de sang, de la chute, ces malades ne tombent pas, ne perdent pas connaissance, tout se passe sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement. Un mal de tête violent, gravatif, continu, *absorbant*, obsède les malades ; ils sont comme engourdis, hébétés, avec vertiges et éblouissements ; ils sentent qu'ils ne sont plus solides sur leurs jambes, l'une commence à traîner en marchant ; des faux pas, des heurts, des chutes se produisent ; le bras s'alourdit et ne se meut plus qu'avec effort ;

la bouche se dévie graduellement et l'hémiplégie ne se complète qu'en plusieurs jours.

Les autopsies manquent pour déterminer la lésion anatomique de ces graves symptômes, mais il est probable qu'elle existe. (*Idem.*)

Dans 3 cas d'hémiplégie et de paraplégie, observés par M. le professeur Guitard, le traitement spécifique, secondé par la balnéation thermale sulfureuse, a amené la guérison dans 2 cas; le 3e fut fatal. (*Revue méd. de Toulouse*, octobre 1872.)

Analgésie chez la femme. Parmi les troubles multiples de la sensibilité, que la syphilis développe chez la femme, à sa période secondaire, M. A. Fournier signale particulièrement l'analgésie simple ou compliquée. L'anesthésie coexiste ainsi avec elle, parfois même le sens de la température n'existe plus. Cette insensibilité à la douleur, peut être générale, mais elle se limite le plus souvent à l'extrémité des membres et a une préférenco marquée pour la face dorsale des mains, la face postérieure des avant-bras, les seins, les joues, etc. Elle est presque toujours symétrique, contrairement à l'analgésie hystérique, souvent limitée à la moitié gauche du corps. Elle est, en général, superficielle et exclusivement cutanée ; rarement elle se propage aux muqueuses, plus rarement aux muscles.

Sa fréquence chez les femmes en puissance de diathèse syphilitique, et qui n'étaient ni hystériques ni névropathiques auparavant, a montré à M. Fournier qu'elle était exclusivement produite par la syphilis. Sa durée varie d'ailleurs avec le traitement ; elle se prolonge deux, trois, quatre mois et ne se dissipe, en dernier lieu, que dans les parties formant son siége d'élection. (*Idem*, n° 1.)

Clinique de l'hôpital de Lourcine ; leçons sur la syphilis, étudiée particulièrement chez la femme, par le docteur A. Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec figures dans le texte. Un gros volume in-8° de 1108 pages, Paris. La valeur clinique de ce livre ressort des extraits précédents, recueillis et publiés dans les journaux. Ces spécimens sont la meilleure bibliographie pour le faire rechercher.

Syphilis cérébrale. *Simulation de la paralysie progressive.* Un négociant de trente-trois ans, qui, par son activité et son

intelligence, s'était élevé de l'état de pauvreté à une fortune indépendante, montra subitement un changement complet de caractère. D'économe, tranquille et réservé, il devint aussitôt loquace, prodigue et achetait toute espèce de choses : chevaux, équipages, maisons, etc. Un accès vertigineux ayant fait appeler le médecin, une affection cérébrale fut diagnostiquée. Le malade voyageait sans cesse et une diminution de la mémoire, une certaine difficulté de la parole, la dilatation inégale des pupilles, firent penser à une maladie progressive. Aucun antécédent n'existait. Un chancre mou, survenu cinq ans auparavant, était la seule maladie. Des douleurs de tête et des membres, contre lesquelles de nombreux bains de vapeur avaient été employés, étaient les précurseurs des troubles moraux.

Placé dans une maison de santé, le malade continua ses excentricités par des propositions de mariage et de déclarations d'amour, l'achat d'équipages et de chevaux pour des sommes désordonnées. L'affaiblissement des forces et l'amaigrissement coïncidaient avec l'augmentation de ces troubles psychiques. Le délire des grandeurs croissait avec l'affaiblissement des sens et du mouvement, au point de devenir gâteux de nuit et de jour.

Ce fut par hasard que, dans ces circonstances, le médecin constata, après une observation d'un mois, une tumeur du sternum qui n'était autre qu'une exostose syphilitique. 4 grammes d'iodure de potassium par jour furent administrés et eurent un résultat merveilleux. Huit jours après, l'intelligence s'était améliorée et le poids du corps augmenté de 5 livres. Une guérison complète s'ensuivit. (*Archivio ital. delle malat. nerv.*)

Syphilis héréditaire. *Altérations osseuses chez les nouveau-nés.* MM. Charrin et Poncet ont confirmé, par des observations faites à l'Antiquaille de Lyon, les lésions signalées par M. Parrot (voy. *année* 1872). Sur tous les os longs, ils ont constaté un état feuilleté du tissu compact, la teinte gris sale du tissu spongieux et la friabilité surtout dans la portion juxta-épiphysaire, dont le dernier degré est le décollement de l'épiphyse avec la diaphyse et suppuration des tissus ambiants, sinon de l'articulation elle-même.

Mais le fait le plus important est la pseudo-paralysie des membres. Ils en rapportent un exemple sur le bras gauche. Au niveau des différentes articulations, le toucher perçoit aux deux coudes un empâtement profond, malgré la coloration normale

de la peau. Du pus épais, verdâtre, collecté sous forme d'abcès dans l'épaisseur des muscles environnants, s'écoule à la dissection. Les articulations en contiennent également, surtout du côté paralysé. Les cartilages diarthrodiaux sont intacts ; le pus s'est formé dans la diaphyse avoisinant le cartilage de conjugaison et qui joue un si grand rôle dans l'accroissement du tissu osseux. L'épiphyse est mobile sur la diaphyse et ne s'y trouve plus réunie que par le périoste épaissi lui formant un véritable manchon.

Cette paralysie résultant du décollement épiphysaire est le point important de cette nouvelle lésion. Le diagnostic différentiel avec les autres troubles moteurs, peut en être quelquefois difficile. Cette altération syphilitique du squelette peut simuler une paralysie d'origine nerveuse. (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 31, 34.)

Syphilis buccale. *Pastilles composées.* Contre les plaques muqueuses de la bouche, M. le docteur Créquy emploie avec grand avantage les pastilles suivantes :

℞ Proto-iodure d'hydrargyre lavé.	5	centigrammes.
Chlorate de potasse	25	—
Iodate de potasse.	5	—
Essence de menthe, sucre et carmin. .	q. s.	

Mêlez pour une pastille.

En fondant, elles agissent localement avec rapidité. (*Soc. de thérap.*, mars.)

Syphilides pigmentaires. *Changement de couleur dans la grossesse.* Chez deux femmes enceintes, admises à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Guibout, la coloration de ces taches occupant la partie antérieure des cuisses et le bas-ventre, ordinairement très-faible, était devenue très-intense avant le traitement spécifique et offrait la teinte foncée de l'aréole du mamelon pendant la gestation chez les brunes. Ce caractère, s'il n'est pas une exception, doit mettre les praticiens en garde contre une erreur facile. (*France méd.*, n° 42.)

T

TAILLE. *Hémostase.* Pour prévenir l'hémorrhagie consécutive si dangereuse, M. le docteur Créquy a substitué à la canule en chemise de Dupuytren une enveloppe en caoutchouc qu'il adapte à une sonde métallique. Insufflée, elle a la forme du sablier thermomètre, c'est-à-dire qu'elle est plus volumineuse à ses deux extrémités qu'au centre. L'une est ainsi placée en dedans de la vessie et l'autre en dehors, tandis que l'urine s'écoule par la sonde placée au milieu, et indique ainsi si l'hémorrhagie a lieu. (*Gaz. des hôp.*, juillet.)

C'est une imitation du double ballon de M. Chassagny, employé contre les hémorrhagies utérines. Elle peut s'employer également dans les opérations sanglantes qui se pratiquent sur l'anus.

Cette hémorrhagie est si grave que chez un garçon de neuf ans, opéré par la taille latéralisée, le 15 mars dernier, par le docteur Hicquet, d'un calcul qui ne pesait pas moins de 14 grammes 50 centigrammes et d'un diamètre de 35 millimètres, la mort serait survenue infailliblement par son abondance, si un praticien du voisinage n'était intervenu pour la conjurer. Il ne s'agit donc pas de dire, comme M. Teevan, qu'elle est rare et si peu grave que la glace et les réfrigérants suffisent toujours à l'arrêter. (*Soc. de méd. de Liége.*)

TEMPÉRATURE. Pour abaisser la température du corps dans les fièvres, un médecin allemand à Colmar, le docteur Kemperdick, emploie un long tube animal qu'il introduit dans le rectum et par lequel il établit une irrigation continue d'eau froide. Il dit avoir réussi à abaisser la température générale, par ce moyen, dans plusieurs cas de fièvre typhoïde. (*Berl. klin. Wochensch.*, mars.)

Élévation. MM. Laboulbène et Bourneville ont, chacun de leur côté, cité des faits prouvant que la température centrale s'élève chez les malades atteints de pleurésie aiguë, auxquels la thoracentèse a été pratiquée. Quant à la cause physiologique ou pathologique de cette élévation, le premier de ces observateurs exprime la pensée qu'elle est due au retour à l'état fonctionnel normal du poumon, auparavant refoulé par l'épan-

chement. Elle ne résulterait point de la soustraction du liquide épanché, car elle n'a pas lieu avec la sortie de ce liquide, mais ses phases suivent rigoureusement celles du rétablissement graduel des organes respiratoires. Dès que les conditions voulues pour les échanges gazeux endosmo-exosmotiques se produisent, les actions moléculaires qui en sont la suite élèvent la température. Cette élévation, en effet, ne se manifeste pas immédiatement après l'opération. Parfois, chez les malades craintifs et qui retiennent leur respiration, en immobilisant le côté où avait eu lieu l'épanchement, cette élévation ne se produit qu'un quart d'heure ou une demi-heure après l'opération ; elle ne manque dans aucun cas. Cette constatation se fait à l'aide du thermomètre placé soit dans le rectum, soit à la région axillaire. (*Acad. des sc.*, février.)

Del potere regolatore, etc. (*Étude critique et expérimentale sur le pouvoir régulateur de la température animale*), par le docteur A. Murri, aide de clinique à l'Université de Rome. Brochure de 79 pages in-8°. Florence.

Devant l'importance excessive accordée aujourd'hui à la température dans le diagnostic, il est naturel de rechercher les sources et les causes de cet acte principal de l'économie. C'est en répétant, en contrôlant les expériences des physiologistes allemands que l'auteur est arrivé à en montrer les erreurs et à critiquer les théories qui en découlent. L'expérience du bain froid est surtout démentie quant à ses résultats immédiats et ses conséquences. Et tout en contestant l'existence d'un centre nerveux régulateur de la température et la doctrine névrosthénique de la fièvre qu'il remplace par la doctrine chimique, généralement en vogue aujourd'hui, M. Murri n'en reconnaît pas moins que la gravité de la fièvre n'est pas seulement en rapport avec la quantité du calorique développé, mais avec la nature des actes chimiques qui le produisent. La température ne donne donc pas seule la mesure de la gravité de la fièvre, son développement excessif n'est qu'une partie du danger ; aussi le bain froid, sans pouvoir activer la consommation du calorique, ne pare-t-il pas à tous les dangers de la fièvre, d'autant moins que son utilité pour diminuer la chaleur animale n'est pas clairement établie.

Ce manifeste réactionnel contre les pratiques et les doctrines allemandes est fondé sur des expériences, des calculs

qui en montrent les erreurs et l'exclusivisme. Nous ne doutons pas qu'en les examinant de plus près, avec moins de confiance et d'engouement, on les trouve ainsi en grande partie entachées d'erreur et de plagiarisme, et que le temps ne fasse promptement justice de cette médecine physico-chimique.

Température cutanée. *Mensuration.* Contrairement à l'opinion de M. Lombard qui, à l'aide de sa pile thermo-électrique composée de bismuth, antimoine et zinc, a noté certaines différences de température (*Arch. de phys.*, juillet et août 1868), M. le docteur Hankel, qui s'était déjà occupé de ce sujet, explorant la température cutanée de la tête *pendant l'activité cérébrale* avec un appareil thermo-électrique en fils de fer et de ruolz comme moins sujet à variations, arrive à la conclusion suivante : le travail intellectuel, même prolongé, ne donne pas lieu à une élévation thermique bien notable du cuir chevelu.

Examinant les variations locales de la température cutanée, *pendant les mouvements*, il a constaté un abaissement passager, mais constant de 0°,15 Réaumur environ de la température de la peau située au-dessus d'un muscle en contraction tonique. Ce léger abaissement thermique se montre dès la première minute de la contraction musculaire, rarement dans la seconde, et dure tout au plus deux minutes. Une élévation relativement assez forte y succède. Les différences thermiques dans ces cas doivent être attribuées, suivant lui, à l'élévation antérieure de la température cutanée, à l'intensité de la contraction et à l'individualité du sujet soumis à l'expérience.

Dans les mouvements alternatifs d'extension et de flexion d'un doigt par exemple, la température de la peau correspondant aux muscles en contraction successive présente les modalités suivantes : au début, léger abaissement thermique de 0°,22 à 0°,017 Réaumur ; après une durée de une à deux minutes, ascension progressive de la température pendant quatre minutes de 0°,85 à 0°,14 Réaumur.

En résumé, pendant les contractions toniques et cloniques des muscles, la température de la peau sus-jacente s'abaisse passagèrement et s'élève ensuite d'une façon assez notable.

Quand la contraction musculaire est intense, la température d'un point de la peau éloigné du lieu de la contraction subit les mêmes modifications thermiques.

L'élévation de la température cutanée est plus grande pen-

dant les mouvements cloniques que pendant les contractions toniques.

Cette différence est facile à expliquer en se fondant sur les expériences physiologiques de Heidenhain, Helmholtz et Ludwig. Mais il est plus difficile de comprendre l'abaissement thermique passager constaté par le docteur Hankel, à moins d'invoquer avec lui l'afflux sanguin plus considérable dans le muscle en activité, entraînant par cela même une ischémie des parties voisines et par conséquent une réfrigération momentanée.

La température de la peau examinée pendant la sueur, monte au commencement de la transpiration ou peu de temps avant. Elle reste élevée aussi longtemps que dure la transpiration elle-même. Mais ces données ne sont valables que pour les cas où les parties soumises à l'examen thermoscopique restent couvertes ; du moment où on les découvre, la température s'abaisse aussitôt. D'où l'auteur conclut que la sueur se produit dès que la différence entre la température de la peau et celle du corps a atteint son minimum. (*Arch. der Heilkunde*, mars.)

TÉRÉBENTHINE. Sa saveur repoussante en rend l'administration gastrique si difficile en potion ou en pilules, que l'on a eu recours à la capsulation pour la rendre plus supportable. De là les capsules ou perles. Mais par ce procédé, il est difficile d'en préciser le dosage, et de plus, une irritation plus ou moins vive des parois de l'estomac résulte souvent de l'action immédiate de ce liquide. Ces capsules déterminent en outre des régurgitations très-désagréables et souvent insupportables pour certaines personnes. Ce sont là des inconvénients chez les phthisiques surtout, auxquels la térébenthine est parfois indiquée contre les hémoptysies.

L'incorporation de l'essence de térébenthine à la cire, faite par M. Dannecy, est une autre amélioration ; mais elle a l'inconvénient d'exiger beaucoup de poudre inerte qui rend les pilules trop grosses pour être avalées facilement. Pour y remédier, M. Lachambre, pharmacien à Rouen, en a modifié ainsi la formule que les médecins pourront suivre avec avantage.

℞ Essence de térébenthine bien rectifiée. . . .	8 grammes.
Cire blanche.	20 —
Essence de citron au zeste.	2 gouttes.
Sucre en poudre.	9 grammes.

Faites fondre la cire dans l'essence, versez dans un mortier, laissez refroidir, ensuite ajoutez le sucre et formez une masse que vous divisez en pilules de 25 centigrammes, roulées dans la poudre d'amidon, et conservées dans un flacon en verre bien bouché.

Chaque pilule contiendra exactement 5 centigrammes d'essence. (*Répert. de pharm.*)

Employée avec succès comme désinfectant de l'urine des gâteux. — Voy. Aliénation mentale, Angine, Urines.

TÉTANOS. *Injections morphinées*. Conformément aux observations faites sur l'homme, notamment par M. Demarquay, qui a pratiqué avec succès des injections morphinées dans la profondeur des muscles contracturés, un vétérinaire de Paris, M. Cryé, les a répétées sur un cheval. A la suite d'un travail de camionnage excessif par une pluie continue, cet animal était tombé malade et ne mangeait plus depuis deux jours. Il était dans un état de roideur générale, les oreilles droites et en avant, la queue portée en haut, les naseaux extrêmement dilatés, etc. Au moindre attouchement de la tête, les corps clignotants recouvraient presque entièrement les globes oculaires. Les mâchoires étaient si serrées que l'on ne pouvait les écarter.

Une solution de 1 gramme de chlorhydrate de morphine dans 50 grammes d'eau distillée fut préparée et injectée comme suit : Avec l'aiguille à séton, une piqûre fut pratiquée dans chaque masséter, dans laquelle un vingtième de la solution fut injectée avec une seringue ordinaire. Quatre injections furent ainsi faites les deux premiers jours, et dès le troisième, l'animal pouvait remuer les mâchoires et boire un barbotage avec 8 grammes de bromure de potassium. Huit jours après, il mangeait, et, en injectant la solution morphinée dans les lèvres comme dans les masséters, le malade put se mouvoir et se nourrir convenablement. De même dans l'encolure, qui restait roide, ainsi que les jambes et la queue.

2 grammes de chlorhydrate de morphine ont ainsi été administrés en dix à douze jours, et 50 grammes de bromure de potassium en trois semaines. Depuis, l'animal se porte bien. (*Recueil de méd. vétér.*, mars.)

THÉRAPEUTIQUE. *Éléments de thérapeutique et de pharmacologie*, par A. Rabuteau, docteur en médecine, licencié ès

sciences physiques et naturelles, etc., etc. Un vol. in-12 de 1194 pages, 1872-1873. Ouvrage nouveau, basé sur les expériences nombreuses de l'auteur et classant les médicaments nouveaux d'après leurs propriétés déterminées expérimentalement, et n'offrant rien de commun avec les anciens traités. Sans doute, plusieurs de ces prétentions paraîtront étranges et inexplicables, mais il est au moins curieux de les connaître et de s'en rendre compte.

Nouveau dictionnaire de thérapeutique, comprenant l'exposé des diverses méthodes de traitement employées par les plus célèbres praticiens contre chaque maladie, par M. le docteur C. Gloner, vol. in-12, Paris.

Cet ouvrage, dont la récente apparition a été comme le chant du cygne pour son laborieux auteur, en coïncidant avec sa mort, est une compilation des diverses méthodes ou moyens de traitement tour à tour vantés et employés contre les diverses maladies. Il forme ainsi un memento utile à consulter.

THORACENTÈSE. *Nécessité de la pratiquer hâtivement.* Ce n'est plus seulement d'après la quantité ni la qualité du liquide épanché, de la durée de l'épanchement ou de l'état fébrile, pas plus que de la statistique comparée des succès ou des revers, comme on l'a fait jusqu'ici, que M. Brouardel se fonde pour la pratiquer hâtivement; il emprunte des considérations anatomo-pathologiques des plus décisives. C'est d'abord la modification que, dès les premiers instants de la pleurésie, les deux feuillets de la plèvre subissent, et qui a pour effet la formation des fausses membranes intra-pleurales. En s'épaississant, elles deviennent dures, fibreuses, rétractiles, de sorte que, après deux à trois semaines, le poumon est enveloppé d'une carapace qui ne lui permet plus de se dilater ni de remplir l'espace qu'il occupait auparavant.

De plus, un travail inflammatoire s'empare du tissu cellulaire qui double la plèvre pulmonaire, il s'hypertrophie et les cloisons du tissu cellulaire inter-lobulaire participent rapidement à ce processus. Elles deviennent volumineuses et pénètrent profondément dans le poumon avec le même caractère de rétractilité que les fausses membranes. C'est, en un mot, une pneumonie interstitielle, une sorte de sclérose du poumon qui s'oppose à sa dilatabilité, à l'élasticité pulmonaire, d'où résulte

la dilatation des bronches signalée par M. Barth et même le retrait du thorax.

Si l'on opère tardivement, le poumon, dans ces conditions, ne pouvant se dilater, ni comprimer la cavité pleurale, la plèvre ne se vide pas entièrement, et l'on constate, alors même que le liquide ne coule plus par le trocart, la persistance du souffle, de l'égophonie, de la matité, etc., signe que l'épanchement subsiste encore. Il se reproduit immédiatement, et l'on est ainsi obligé de revenir fréquemment à des ponctions successives.

Si l'on emploie les liquides aspirateurs, on peut évacuer une plus grande partie de l'épanchement, mais il se reproduit de même aussitôt, en raison de la rétractilité du poumon, faisant l'office de ventouses. M. Potain a constaté cette reproduction rapide et toujours aussi abondante de l'épanchement.

Un danger se présente d'ailleurs dans ces cas : c'est la transformation d'épanchements séro-fibrineux en épanchements sanguinolents, par le fait même de l'aspiration. Il n'est pas rare, en effet, après avoir obtenu le premier liquide, de le voir devenir sanguinolent à la fin ; ce qui peut être attribué à la rupture des vaisseaux des fausses membranes. Or, on sait la facilité des épanchements sanguinolents à se transformer en épanchements purulents. Ce danger est donc à redouter, si l'on n'opère pas avant que les cloisons cellulaires intra-pulmonaires et les fausses membranes pleurales ne soient organisées. De là la nécessité d'opérer hâtivement.

Ces raisons anatomo-pathologiques, neuves et originales, seraient décisives, si elles étaient démontrées par un nombre suffisant de faits ; mais M. Brouardel n'en invoque qu'un seul et ne s'appuie, pour le reste, que sur des probabilités. La vérification est donc au moins nécessaire.

Quant au danger de l'aspiration du liquide lorsqu'il devient sanguinolent par de prétendues hémorrhagies intra-pleurales, les faits même le contredisent. M. Brouardel en rapporte un ; et sur seize ponctions aspiratrices suivies ordinairement d'un liquide rosé, sanguinolent, faites à l'hôpital Saint-Antoine par M. Féréol, une seule fut suivie de la transformation purulente ; cas tout à fait exceptionnel. L'aspiration est donc exonérée par là de ce danger.

Suivant M. Féréol, il serait préférable, quand le liquide persiste à se reproduire indéfiniment, que ce soit par les modi-

fications anatomiques invoquées par M. Brouardel, ou autrement, de recourir aux vésicatoires et aux badigeonnages de teinture d'iode qu'aux ponctions répétées. Si capillaire que soit le trocart, il peut, à la longue, irriter la plèvre et en déterminer la suppuration. M. Potain admet que la thoracentèse faite de bonne heure empêche la rétraction du poumon qui est un obstacle à la résorption du liquide épanché. Mais pour lui les fausses membranes n'ont qu'un rôle secondaire dans la production des hémorrhagies. Celles-ci d'ailleurs ne présentent guère d'inconvénients quand le liquide est purement séreux ; c'est le contraire si déjà il est purulent ; l'addition d'une certaine quantité de sang peut facilement devenir funeste. (*Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.*, nos 117 et 120.)

Dangers. Les pleurésies, remarquablement plus fréquentes que les années précédentes à Lyon, ont fourni de nombreuses occasions de pratiquer la thoracentèse, opération trop préconisée dans des cas où l'acuité des symptômes fébriles et la petite quantité de liquide contenu dans la plèvre, dictent au praticien le choix d'une médication moins périlleuse.

Certains faits semblent prouver qu'elle n'est pas toujours noffensive et qu'il serait prudent de la réserver, comme au temps de Trousseau, pour les cas d'urgence.

Il est rare, en effet, qu'une première ponction ne soit pas suivie, à bref délai, de la reproduction de l'épanchement, et quelquefois la purulence est établie lorsqu'une deuxième ponction donne issue à la nouvelle sécrétion. La mort survient rapidement à la suite de cette fâcheuse transformation.

C'est d'un cas de ce genre, observé dans son service de l'Hôtel-Dieu, que M. Perroud a entretenu la commission, tout en blâmant pour sa part la pratique trop hâtive de la thoracentèse.

L'expérience de M. Marmy est venue confirmer ce blâme. Autrefois, à l'Hôpital militaire, la ponction n'était indiquée et pratiquée que dans les grands épanchements pleurétiques, et encore attendait-on les signes d'une menace de suffocation. Mais depuis trois ou quatre mois, le traitement chirurgical, qu'il appelle *prématuré*, excitait un tel enthousiasme, qu'il s'est vu contraint d'en permettre l'essai. Comme dans le cas de M. Perroud, cet essai a été malheureux.

Chez trois sujets différents, la première ponction a évacué

de la sérosité citrine, la deuxième un liquide louche, la troisième un liquide purulent; et trois fois la mort a terminé la scène. Il est juste de dire qu'un de ces sujets était tuberculeux.

Ce triple insuccès a refroidi l'enthousiasme pour la thoracentèse, qui, depuis lors, ne se pratique plus dans cet hôpital que conformément aux anciens errements. (*Lyon méd.*) — Voy. Pleurésie.

Élévation de la température. — Voy. Température.

Expectoration albumineuse. Cet accident, heureusement rare et sans gravité par lui-même, qui se manifeste consécutivement à la thoracentèse, ayant été observé plus souvent depuis que cette opération est devenue à la mode, a beaucoup excité la verve et l'imagination des jeunes pathologistes sur son mécanisme et son interprétation.

Dès 1853, M. Pinault en rapporta deux observations dans sa thèse, et M. Despine une troisième à la Société de biologie en 1869. A l'Académie de médecine en 1872, MM. Woillez et Marrotte attribuèrent cet accident à une perforation pulmonaire traumatique, tandis que M. Hérard le rapporte comme M. Pinault à une congestion œdémateuse du poumon consécutive à la disparition de l'œdème pleural.

En réunissant ces faits, au nombre de vingt et un et ces observations, dans sa thèse inaugurale, M. Terrillon fait le tableau suivant de cet accident : Vers la fin de l'écoulement du liquide éliminé par la thoracentèse, ou bien quelques minutes après, le malade est pris de dyspnée et d'expectoration avec des râles sous-crépitants fins, concomitants. Il y a de la cyanose, une asphyxie imminente et des quintes de toux, variables en intensité et pouvant déterminer rapidement la mort, comme deux cas en sont rapportés.

Le liquide expectoré varie de quelques grammes à 7 à 800. Il se dépose en trois couches : la première est mousseuse, la seconde, transparente, jaunâtre, est parfois mélangée de crachats ; le dépôt est constitué par des cellules épithéliales, des globules blancs et rouges. Filtré, il est un peu rouge, alcalin et visqueux. L'analyse y décèle $1^{gr},42$ à $1^{gr},61$ pour 100 d'albumine mêlé à de la mucine.

Sans nier la possibilité de l'étiologie de l'œdème, soutenue par MM. Hérard et Terrillon, M. Féréol rattache surtout la

production de cet accident à une perforation spontanée et non à la piqûre du poumon par l'opérateur. C'est, suivant lui, une véritable fistule pleuro-bronchique qui coïncide avec la pratique de la thoracentèse, comme elle se produit souvent dans la pleurésie séreuse ou purulente, surtout chez les enfants, et permettant à l'épanchement de se vider spontanément par les bronches. Ce fait a lieu aussi sur les adultes, comme il en justifie par des exemples.

Quant à l'absence du pneumothorax, dans ces cas, au lieu d'admettre la disposition en valvule, imaginée par quelques-uns, M. Féréol préfère l'attribuer, au moins chez les enfants, à la flexibilité des parois thoraciques, suivant les mouvements pulmonaires, conformément à l'interprétation de M. Barthez. Il n'y a pas ainsi de vide pleurétique appelant l'air. La cavité pleine de liquide et le poumon ne forment qu'un bloc, augmenté encore par l'état fœtal du poumon, au moins dans les parties circonférencielles de la fistule et de l'épanchement. Le mécanisme de cette fistule pleuro-bronchique serait l'opposé de la fistule broncho-pleurale qui, née d'une lésion broncho-alvéolaire, se dirige vers la plèvre et aboutit au pneumothorax.

Cette interprétation est d'autant plus probable que ce défaut de pneumothorax, chez l'adulte, coïncide toujours avec un épanchement abondant, l'abaissement du foie, l'immobilisation complète, ou à peu près, du côté malade, côtes et diaphragme, et des signes d'auscultation indiquant une condensation plus ou moins avancée du tissu pulmonaire; conditions toutes contraires au cas où l'hydro-pneumothorax se produit, c'est-à-dire un liquide rare et limité.

Bien que le processus de la formation de cette fistule soit encore ignoré, M. Féréol l'assimile à celui des fistules pleuro-costales et des péritonites perforantes. Un phlegmon cutané se forme souvent au devant de ces épanchements et va ainsi, en perforant, à la rencontre de l'action semblable de l'épanchement qui se fait de dedans en dehors.

Mais une foule d'objections s'élèvent contre cette théorie des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax, après la thoracentèse, et que lui ont opposées aussitôt MM. Dujardin-Beaumetz, Moutard-Martin, Béhier et d'autres.

C'est d'abord l'analogie avec les perforations pulmonaires qui se produisent chez les enfants, car il ne s'agit ici que

d'adultes de vingt-deux à soixante-deux ans. Ces perforations spontanées, dans la pleurésie séreuse des enfants, n'ont d'ailleurs été guère observées que par M. Barthez, et la majorité des cliniciens ne les admettent, sans pneumothorax, que dans les pleurésies chroniques purulentes. Les deux faits contradictoires à cet égard, rapportés par M. Féréol, sont même contestables. L'expectoration albumineuse, après la thoracentèse, ne s'est produite, au contraire, que dans le cours des pleurésies aiguës, sauf le cas de M. Potel. La différence est donc complète.

On s'explique la perforation sans pneumothorax dans les pleurésies séreuses ou purulentes, alors que l'abondance de l'épanchement maintient la cavité pleurale dans un état de tension continuelle. La sortie lente du liquide par la fistule n'évacue que le trop-plein et l'on comprend ainsi l'obstacle à l'introduction de l'air. Mais ces conditions sont toutes différentes après la thoracentèse, et cependant l'expectoration est alors bien moins rare, dans ces pleurésies ponctionnées, que dans celles qui ne le sont pas.

Si cette expectoration albumineuse provenait de la plèvre par une fistule pleuro-bronchique, elle devrait avoir la même composition que l'épanchement. Le contraire a lieu.

L'analyse d'un liquide pleurétique, extrait par M. Dujardin-Beaumetz, trois jours après que l'expectoration albumineuse avait cessé, a donné jusqu'à 66gr,88 d'albumine par litre, tandis que l'expectoration en contenait seulement 1 gramme.

L'intermittence même de cette expectoration est un autre argument. C'est ainsi que dans l'observation rapportée par M. Dujardin-Beaumetz, elle se reproduisit à plusieurs reprises, après la ponction, alors qu'un hydro-pneumothorax du côté droit existait chez une fille non tuberculeuse, lequel avait été constaté par plusieurs chefs de service.

Cette perforation n'a d'ailleurs pas été constatée, dans aucun cas de mort, après l'expectoration albumineuse. En en admettant la possibilité, dans ses leçons cliniques, M. Béhier ne donne aucun fait à l'appui, pas plus que MM. Woillez et Marrotte. La démonstration manque absolument.

Comment, d'ailleurs, concevoir le mécanisme de cette expectoration albumineuse venant de la plèvre, après la thoracentèse? Un siége bien spécial et bien limité à la partie la plus déclive du poumon serait indispensable, car elle n'apparaît qu'après le vide complet de la plèvre, par l'aspiration et la

constatation physique de disparition de l'épanchement. C'est cependant quelques instants après que des quantités de liquide albumineux, allant jusqu'à 700 grammes dans un cas, et 2 litres, en trente-six heures, dans un autre, sont expectorées. Et cette expectoration cesse et ne reparaît plus, alors que l'épanchement se reproduit, sinon à la suite d'une nouvelle ponction. Tout est ainsi contradictoire et inexplicable, d'après cette théorie.

N'est-ce pas, en effet, comme l'a si bien montré M. Moutard-Martin, lorsque, pendant l'écoulement du liquide, des efforts violents de toux se produisent, qu'à chaque inspiration un vide assez considérable se fait dans la poitrine pour attirer la baudruche, n'est-ce pas alors que devrait se produire la fistule spontanée, préparée d'avance, et dès lors l'expectoration albumineuse? Dans une thoracentèse ayant déjà donné issue à 1 litre et demi de liquide, M. Moutard-Martin vit ainsi les efforts de toux faire éclater une cavernule et se produire un pneumothorax immédiat. Les efforts de l'aspiration, allant jusqu'à provoquer des douleurs parfois intolérables, devraient aussi la produire ; et pourtant l'expectoration albumineuse ne se produit jamais qu'après la cessation de toutes ces manœuvres. Il n'y a donc pas à discuter avec cette théorie, produit de l'imagination plus que de la réalité, ni à examiner s'il en est de même de la destruction nécrobiotique des épithéliums de la plèvre et des vésicules bronchiques, invoquée par M. Féréol.

Deux faits, observés presque simultanément dans les hôpitaux de Paris, paraissent avoir démontré la véritable cause de cet accident. C'est *l'œdème aigu du poumon*, dont le regretté Legroux avait signalé la production à la Société médicale des hôpitaux peu de temps après les travaux de Trousseau sur la thoracentèse. C'est la doctrine professée depuis par MM. Hérard, Béhier, Moutard-Martin, et à laquelle se rallient la plupart des cliniciens. Elle n'avait pourtant pas été démontrée jusqu'ici avec autant d'évidence que dans les deux cas suivants de mort subite à la suite de la thoracentèse.

Un orfévre de trente-huit ans, amaigri, pâle, cachectique, toussant, étouffant, est admis à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1873. L'examen décèle un énorme épanchement à gauche et une excavation tuberculeuse à droite. La dyspnée extrême oblige M. Béhier de pratiquer une thoracentèse *de nécessité* le troisième jour, et le malade s'en trouve immédiatement soulagé.

Mais trois heures après, survient une dyspnée terrible avec efforts tumultueux d'inspiration. La face est pâle, cyanosée, avec refroidissement du nez et des extrémités. Le malade dit qu'il étouffe, et il lui semble que « *s'il pouvait cracher, il serait soulagé* ». Il tousse sans pouvoir rien expectorer. Après une heure de cette scène effroyable, malgré des soins et des tentatives de respiration artificielle, la mort survient avec tous les signes de l'asphyxie aiguë.

L'autopsie montre des adhérences pleurales des deux côtés, traces de broncho-pneumonie avec granulation et infiltration tuberculeuse dans le poumon droit *sans œdème*, tandis que le volume extrême du poumon gauche frappe tout d'abord. Au lieu d'un poumon ratatiné et refoulé par un épanchement pleurétique, il est le siége d'un véritable œdème pulmonaire, laissant suinter une quantité considérable de sérosité spumeuse ; le lobe inférieur en est bombé, et le doigt y laisse une empreinte profonde par la pression. Le liquide infiltré, évalué à 1 litre, est clair, jaunâtre et albumineux.

Un liquide spumeux, blanchâtre, épais comme de la mousse battue et ressemblant à l'expectoration albumineuse, obstrue la trachée et les bronches.

A ce fait remarquable si concluant, s'en joint un autre observé par M. Dumontpallier. A la suite d'une pleuro-pneumonie droite, chez un homme de quarante-six ans, admis à l'hôpital Saint-Antoine, l'épanchement ayant nécessité la thoracentèse, elle fut faite avec le trocart ordinaire, garni de baudruche, c'est-à-dire sans aspiration. 2500 grammes de sérosité albumineuse promptement coagulée furent extraits. Le soulagement fut complet ; mais, le soir, l'oppression augmente, et, dans la nuit, le malade expire subitement.

Des adhérences pleurales sont constatées à l'autopsie, des deux côtés, comme dans le cas précédent, avec des traces de pneumonie à gauche; mais les deux poumons, augmentés de volume, sont distendus par une sérosité roussâtre très-abondante qui s'en échappe de toutes les parties à la coupe.

Les lésions anatomiques sont donc identiques : congestion œdémateuse violente, même gonflement, même distension séreuse avec absence d'expectoration et d'aucune perforation appréciable.

Le mécanisme du développement de cet œdème pulmonaire aigu est ainsi décrit par M. Béhier : Longtemps comprimé par

l'épanchement, le poumon se dilate sous l'action de l'air. Surpris par son excitation, les vaisseaux se resserrent et restent contractés temporairement. Il n'y a pas d'entraves à l'ampliation subite du poumon. De là le bien-être et le soulagement immédiat accusé par les opérés. Mais bientôt le spasme des vaisseaux succède à leur paralysie ; de là afflux et stase du sang dans le réseau capillaire du poumon et exsudation du sérum. D'où l'infiltration des petites bronches et les alvéoles terminales.

Cette transsudation, qu'il ne faut pas confondre avec la sécrétion muqueuse de la bronchorrhée, est admise par Longet, Claude Bernard, Robin et d'autres physiologistes. Elle s'en distingue par la présence de l'albumine coagulable, tandis que la bronchorrhée ne contient que de la mucine. La lésion du pneumo-gastrique suffit à la provoquer, et l'on comprend, dit M. Moutard-Martin, qu'un poumon comprimé pendant un certain temps et soustrait à l'air, son excitant naturel, réduit à l'état fœtal, et qui peut avoir subi cette modification, sinon la destruction épithéliale invoquée par M. Féréol, donne lieu à cette transsudation. Le rein laisse ainsi passer l'albumine du sang dans certaines conditions pathologiques.

La congestion pulmonaire est d'ailleurs fréquemment constatée cliniquement d'après la thoracentèse. Tous les opérés présentent, au moins pendant quelques heures, sinon quelques jours, des râles d'œdème dans le poumon comprimé. De même qu'un membre s'œdématie, lorsqu'on le retire d'un appareil, parce que la tonicité des tissus a disparu, et que la compression a paralysé les capillaires, l'œdème pulmonaire se produit ici avec d'autant plus de violence que l'afflux du sang et de la sérosité est appelé, sollicité par une ampliation rapide, une sorte d'aspiration. Legroux a vu survenir ainsi des hémoptysies et, dans un cas où près de 6 litres de sérosité avaient été extraits par M. Moutard-Martin, cette hémoptysie dura vingt-quatre heures. Tandis que l'on ne constate la prétendue perforation pulmonaire spontanée ni cliniquement, ni anatomiquement, la congestion séro-sanguine et l'œdème du poumon sont des faits acquis, incontestables à ces deux points de vue.

Un enseignement thérapeutique en résulte, car on peut juger que la mort subite dans les deux cas précédents, causée par l'asphyxie, a été provoquée par le défaut d'expectoration albumineuse. En pareil cas, elle est utile et nécessaire, en

débarrassant les voies respiratoires des produits de transsudation qui les obstruent. L'engorgement séreux, l'œdème aigu du poumon décelés par l'autopsie, existent, à n'en pas douter, chez tous les opérés, et c'est cette expectoration albumineuse qui les sauve. Son absence en fait donc le danger, et c'est à la prévenir qu'il faut s'appliquer.

Pour M. Béhier, les poumons non comprimés étant le siége d'infiltration tuberculeuse ou de reliquats de pneumonies, manquent de l'énergie et des forces nécessaires pour aider à l'expulsion de cette masse séro-albumineuse qui exige, comme on sait, des efforts violents, des secousses de toux répétées. Or, les poumons œdémateux n'en sont plus capables ; de là le mécanisme asphyxique d'une mort rapide.

Quand, dans une pleurésie exigeant la thoracentèse, le poumon du côté opposé est malade, il ne faut donc pas exposer le poumon œdémateux à l'irruption violente de l'air par la soustraction brusque de la totalité du liquide. Des évacuations partielles et successives de 200 à 300 grammes de liquide permettront à ce poumon de se dilater graduellement ; n'étant pas surpris par l'afflux trop considérable du sang, il trouvera toujours des forces suffisantes pour se débarrasser de la transsudation séreuse insignifiante qui pourra se produire. L'aspiration sera dès lors inutile, et réelle ou non, sa nocuité ne sera pas en cause. (*Soc. méd. des hôp.*, juin, et *Union méd.*, nos 73, 74, 75.)

M. le docteur L. Lande arrive aux mêmes conclusions, après l'observation de 4 faits relatés à la Société de médecine de Bordeaux. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, nos 11 et 12.)

Instruit par les cas d'expectoration séro-albumineuse dans des cas de congestion, d'œdème pulmonaire, et même de pleurésie avant la thoracentèse, M. Woillez accorde qu'elle peut être de même la conséquence de l'œdème après la thoracentèse, sans lésion du poumon. Mais, dans ce cas, jamais la proportion de l'albumine n'est très-considérable ; le liquide se trouble à peine par les réactifs, tandis que le précipité est très-abondant et cailleboté dans celui de l'épanchement. Mais quand ces deux liquides examinés séparément sont identiques, que celui détruit par la thoracentèse est sanguinolent au début et contient des bulles de gaz, et que l'expectoration albumineuse se manifeste aussitôt la thoracentèse, il n'hésite pas à conclure à une piqûre du poumon qu'il y ait ou non pneumo-

thorax coïncidant. Il s'attache à montrer que cette piqûre est possible, même à l'insu de l'opérateur, et qu'elle est probable même dans plusieurs des cas publiés. Le moyen certain de connaître la cause de ce symptôme est donc l'analyse chimique comparative du liquide de l'épanchement et celui de l'expectoration.

Mais cette ressource n'existe même plus pour admettre la perforation pulmonaire comme cause d'une expectoration très-albumineuse. Dans un cas observé à la clinique de M. H. Gintrac (de Bordeaux), où 2000 grammes de liquide avaient été extraits, l'opéré expectora ensuite 50 à 60 grammes seulement d'un liquide citrin, avec écume très-persistante, de consistance du blanc d'œuf et contenant un grand nombre de cellules épithéliales pavimenteuses. *L'acide azotique le coagulait en masse. La quantité d'albumine était énorme, double de celle que contenait le liquide de l'épanchement.* Ce fait est donc semblable à celui de M. Besnier qui a constaté le premier ce caractère spécial de la coagulation des crachats par l'acide nitrique. (*Union méd.*, n° 81.)

Un asthmatique, observé par M. le docteur Révillout, voyait de temps à autre, mais rarement, ses accès se juger par l'expectoration d'un liquide transparent, limpide et fluide dont la quantité s'éleva une fois jusqu'à une cuvette et demie. Analysé par M. Bouchard, au laboratoire de la Charité, ce liquide contenait une proportion très-considérable d'albumine. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 65.)

Il est démontré d'ailleurs, et M. Féréol en a fourni lui-même des preuves concluantes, que loin d'être un phénomène rare, cette expectoration albumineuse se rencontre dans une foule de cas. En dehors même de la pleurésie, la proportion d'albumine, contenue dans des crachats d'origine broncho-alvéolaire, peut être considérable. C'est donc là une confirmation nouvelle, importante, de l'œdème broncho-alvéolaire à la suite de la thoracentèse et qui pourra éclairer la séméiologie chimique des crachats.

Quant à l'expectoration sanguinolente accompagnant quelques quintes de toux, elle s'explique par le raptus sanguin succédant à la décompression subite du poumon sous l'influence des quintes de toux, dans un organe vascularisé comme le poumon, et la rupture de quelques capillaires. De même de la présence du sang dans les dernières parties du liquide sortant par la

canule et due aussi à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation des néo-membranes ou adhérences organisées se déchirant sous l'ampliation du poumon. Ce ne sont pas là des signes de perforation, dit M. Desnos. Si petit que soit le trocart employé, le malade crache du sang quand le poumon a été perforé ; du sang pur, une véritable hémoptysie plus ou moins abondante, ce qui n'a jamais eu lieu dans les observations d'expectoration albumineuse.

Aussi, devant ces preuves et ces objections, M. Woillez, avec cette parfaite loyauté scientifique qui s'attache à son nom et à tous ses travaux, n'a-t-il pas hésité à renoncer publiquement à son explication primitive et à se ranger à l'opinion générale conforme à l'observation des faits. C'est là un grand exemple que bien d'autres devraient suivre. Il y a plus d'honneur à reconnaître franchement une erreur, une méprise, que de persister à la soutenir envers et contre tous.

A l'occasion d'un fait observé par lui, dans le service du professeur Lasègue, M. Legroux, étudiant la pathogénie de ce singulier phénomène, admet, avec la majorité des médecins des hôpitaux, que la congestion séro-sanguine du poumon en est la cause unique. Et cherchant à en préciser le pourquoi, il pense que la toux ne tient pas à une irritation produite par l'air sur le poumon et que la congestion est due à la gêne qu'éprouve dans le poumon la circulation en retour ; les capillaires et les veines ayant été longtemps comprimés par l'épanchement et ayant diminué de calibre.

C'est donc vers l'étude des altérations vasculaires, consécutives à la compression des poumons par les épanchements, que l'attention devra se porter dans les autopsies ultérieures, car M. Legroux ne croit pas qu'on doive invoquer une paralysie ou une contraction active des vaisseaux dépendant d'un trouble nerveux, pour expliquer la congestion dont il s'agit. (*Soc. méd. des hôpitaux*, octobre.)

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse, par M. le docteur Terrillon. Brochure in-8°, Paris.

Collection de 21 exemples, dont 6 inédits, de ce phénomène, où la dyspnée est montrée sous sa véritable gravité. Des trois causes invoquées : la piqûre du poumon, une perforation spontanée, l'élimination du liquide resté dans la plèvre, l'auteur n'en adopte aucune pour se rallier à la raison déjà donnée par

M. Hérard : l'exsudation active de la muqueuse surprise par l'air introduit, au contact duquel elle était depuis longtemps soustraite.

THYROÏDE. De nouvelles recherches microscopiques faites par M. Boéchat au laboratoire d'histologie du Collége de France, sur la texture de cette glande, il résulte que ses cavités ne sont pas remplies par un amas de cellules, mais qu'elles possèdent une membrane épithéliale à une seule couche qui leur forme une enveloppe continue. Loin d'être des vésicules closes, comme on l'admettait, ces cavités communiquent largement entre elles. La membrane épithéliale en paraît former exclusivement la paroi et se trouve directement adossée à la paroi endothéliale des vaisseaux lymphatiques communiquant également entre eux par des dilatations caverneuses, de véritables sinus. Ce rapport des lymphatiques avec les cavités de la glande, quoique sans communication manifeste, montre un échange actif entre leur contenu et tend à faire ranger le corps thyroïde dans le groupe des organes lymphoïdes. (*Acad. des sciences*, avril.)

Hypérémie thyroïdienne. Chez deux jeunes garçons qu'il soignait pour des troubles cérébraux, le docteur Corre fut appelé en toute hâte pour des accès de suffocation survenus brusquement. Les malades respiraient avec difficulté, la voix était affaiblie et comme voilée, le cou roide était porté en arrière. Un empâtement vague occupait les côtés du larynx correspondant aux lobes du corps thyroïde. Rien à la gorge. A l'auscultation, affaiblissement du bruit respiratoire, sans toux ni râles ; légers mouvements fébriles.

Sous l'influence d'un badigeonnage avec la teinture d'iode et d'un cataplasme sur la thyroïde, ces accidents disparurent en quelques heures et, depuis, l'agitation et le délire nocturnes n'ont pas reparu. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

Ce point nouveau de pathologie appelle des observations ultérioures pour en éclairer l'interprétation.

Extirpation. Un succès obtenu par M. le professeur Michel (de Nancy) sur une fille de vingt-quatre ans, atteinte depuis quinze ans d'un goître de forme caverneuse, opérée le 23 novembre 1872 et guérie en vingt-deux jours, dont il relate l'observation, lui fournit l'occasion de revenir sur cette grave

opération et d'en montrer les indications et les avantages. Grosse comme une orange, cette tumeur était dure au toucher, sans fluctuation appréciable. Un goître parenchymateux fut diagnostiqué à l'exclusion du kyste hématique central qui fut trouvé à l'examen anatomique. Il fallut diviser la veine jugulaire antérieure et les muscles de chaque côté, puis lier un grand nombre de vaisseaux et, malgré cela, lorsque la tumeur, mise à découvert, fut soulevée, son adhérence au larynx était telle que la respiration en fut suspendue, arrêtée. Il fallut revenir à une dissection minutieuse en arrière, bien plus laborieuse qu'en avant, pour l'énucléer. Cette opération délicate dura une heure et fut couronnée d'un succès complet.

Quatre autres observations, dont deux pratiquées en France, et tous les témoignages collectés en faveur de cette extirpation recueillis dans les auteurs, permettent à M. Michel de soutenir qu'elle peut et doit être tentée toutes les fois qu'ayant résisté à des moyens moins radicaux, elle menace l'existence de celui qui en est atteint. Cette opinion est diamétralement opposée à celle de la plupart des chirurgiens modernes, comme la présentation d'un cas de goître suffocant chez un garçon de vingt-deux ans à la Société de chirurgie, en 1870, l'a prouvé (voy. Goître, 1870). Et cependant la statistique de 15 extirpations partielles ou totales faites en France, donne 7 guérisons et 8 morts dont 5 ayant eu des hémorrhagies. Sur 4 extirpations totales, celle de Dupuytren seule a été fatale. Sur 73 cas, recueillis par M. Brière, et opérés en Suisse et en Allemagne, il n'y aurait eu que 23 morts dont 12 sur 32 depuis 1845. (*Traitement des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation.* Thèse inaugurale, Berne, 1871.)

L'hémorrhagie est aussi signalée comme le danger principal. Plusieurs opérés ont en effet succombé sous le couteau.

Pénétré des avantages de cette opération, M. Michel plaide ainsi en faveur de son exécution dans les conditions précitées. Une tumeur petite, dure, pédiculée, peu vasculaire, sans adhérences marquées, sont les plus favorables, surtout chez les personnes peu âgés. Les conditions opposées sont les moins favorables et ne doivent être affrontées que si la vie est en danger imminent.

De cet examen complet, il conclut que son discrédit, en France, est immérité et qu'ello doit reprendre son rang en médecine opératoire, dont il retrace les règles ; qu'elle est formel-

lement indiquée quand la tumeur compromet l'existence et que l'extirpation partielle est aussi grave que l'excision totale. (*Gaz. hebd.*, nos 44 et 45.)

TRACHÉOCÈLE. Fondé sur la réalité et le mécanisme du pneumatocèle, si longtemps ignoré et contesté, M. le docteur Devalz admet la formation possible d'une hernie de la muqueuse trachéale à travers les anneaux cartilagineux. Elle se produit par les efforts de toux et d'inspiration, les cerceaux cartilagineux ne lui servant pas partout et uniformément de point d'appui. Toutefois, il n'en a observé qu'un sur le vivant qu'il rapporte, et c'est ainsi plutôt par induction qu'il admet cette nouvelle espèce de hernie que par une démonstration rigoureuse.

Voici le diagnostic différentiel qu'il en fait avec le goître, avec lequel on peut surtout la confondre.

Solide ou liquide, le goître forme une tumeur permanente, que les mouvements de la respiration peuvent bien soulever ou abaisser, mais non faire paraître ou disparaître. Sa consistance est plus ou moins grande ; celle du trachéocèle est nulle ; sa forme, le plus souvent bi- ou trilobée, est quelquefois interrompue par des bosselures et sa surface parcourue par de très-gros vaisseaux. On ne voit rien de pareil dans le trachéocèle. Les lobes du goître ne retombent pas vers les clavicules et n'ont pas cette configuration en poire, ni cette direction oblique en bas, dont le trachéocèle offre l'exemple. La compression du goître ne le fait pas disparaître, tandis qu'elle efface toute trace de celui-ci. Le goître médian est souvent la cause d'accidents de suffocation, mais ceux-ci sont tôt ou tard redoutables, tandis qu'ils sont de la plus grande innocuité dans le trachéocèle.

Enfin, le goître ne cause pas d'altération de la voix pareille au susurrus observé dans le trachéocèle. Il ne peut donc être permis de confondre les deux affections qu'à des observateurs inattentifs ou peu éclairés.

Ainsi constitué, le trachéocèle paraît être une affection sans gravité réelle, mais assez fréquent si l'on cherche plus attentivement à le distinguer des goîtres.

TRACHÉOTOMIE. D'une statistique de 330 cas de trachéotomie, dont 58 pratiqués par lui-même, Bartels (de Berlin) trouve 103 guérisons. La proportion en a été de 36 pour 100

chez les garçons et de 24 pour 100 seulement chez les filles. C'est entre neuf et dix ans que les résultats ont été les plus favorables. (*Jahrb. für kinderheilk.*, 1872.)

Trachéotomie par le cautère actuel. Frappé des difficultés de la trachéotomie, du caractère toujours émouvant de cette opération, de la gravité du retard apporté à son exécution, des inconvénients de l'hémorrhagie, du défaut de points de repère qui fait opérer à l'aveugle, M. de Saint-Germain a pensé à chercher une région préférable à la trachée, un instrument autre que le bistouri. Il a songé à ouvrir le larynx par ponction dans la membrane crico-thyroïdienne, ce qui est un point de repère facile à trouver ; souvent déjà les auteurs ont préconisé cette voie pour parvenir aisément dans l'arbre aérien. Il a donc pensé à pratiquer cette ponction avec un fer rouge de petit volume. Quelques expériences sur le cadavre lui ont bien vite démontré que ces deux conditions étaient faciles à remplir. Avec un cautère, il ouvrit une voie facile qui resta béante ; par cette voie, il introduisit le dilatateur à trois branches de Laborde et vit, en écartant les branches, qu'il était assez facile d'introduire par-dessus une canule ordinaire.

Répétées sur des chiens vivants, ces expériences réussirent également. M. de Saint-Germain reconnut qu'il fallait retenir le fer pour ne pas brûler la paroi postérieure, et que pour faire la divulsion de la plaie, il fallait préférer au dilatateur de Laborde un instrument plus mince, le dilatateur de Nélaton pour le phimosis. Le sacrifice des chiens montra que cette dilatation n'avait produit aucun dégât. Il reste à savoir si les cordes vocales, très-voisines de la plaie, ne souffrirent pas de l'action du cautère, d'abord, et plus tard du rapprochement de la canule située très-près d'elles. Toutes ces choses ne seront jugées que par des expériences nouvelles, dans lesquelles on suivra les animaux opérés et qui pourront peut-être faire perfectionner l'instrumentation.

L'auteur a fait construire un cautère qui semble devoir être d'une application facile. C'est une tige de platine rentrant dans un manche d'ivoire d'où on la fait saillir à volonté. Une graduation indique le nombre de centimètres de tige qui restent au dehors. Avec 1 centimètre et 2 millimètres de cautère chauffés au rouge, on pénètre facilement dans le larynx. Le manche permet de le tenir comme une plume à écrire, et par conséquent.

de le diriger d'une façon très-précise. Ce petit instrument, qui se chauffe très-facilement à la lampe, n'a encore été expérimenté que sur les chiens. En cas de besoin, il peut être allongé à volonté. Ce qui est remarquable, du reste, c'est qu'on a dû donner au cautère une extrémité absolument mousse, car en l'appliquant perpendiculairement, lorsqu'il est bien rouge, il entre très-facilement. (*Soc. de chir.*)

Il suffit d'avoir fait ou vu faire ces trachéotomies pour comprendre tout l'intérêt de ces recherches. Elles ont du reste été précédées de tentatives d'application du galvano-cautère (voy. *année* 1872), puis du fer rouge. M. Palasciano (de Naples) pratique aussi, depuis longtemps, paraît-il, la trachéotomie avec un fort bistouri rougi à blanc, qui réussit bien. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

D'après les expériences instituées sur des chiens par MM. de Ranse et Muron, le cautère actuel remplacerait avec avantage le bistouri, comme supprimant tout écoulement de sang, et étant à la portée de tous les médecins. Un simple couteau de table à bout arrondi et un cautère spécial, suffisent parfaitement, pourvu que l'extrémité du couteau ne soit pas trop mince, car la division est alors trop lente, et il se produit un rayonnement calorifique exagéré. Cet instrument consiste en un morceau de fer de 2 centimètres de hauteur, à faces aplaties, de forme elliptique, supporté par une tige de 7 à 8 centimètres, munie de dentelures qui permettent de la fixer avec une pince à arrêt. L'une des extrémités du morceau de fer est moins large et plus épaisse que l'autre. Les divers temps de l'opération sont :

1° Division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec la partie la plus large de l'instrument.

2° Écartement des tissus divisés à l'aide d'une pince ordinaire à fort ressort, et division des autres tissus jusqu'à la trachée exclusivement, avec la partie la plus étroite de l'instrument.

3° Écartement de tous les tissus divisés ; section de la trachée avec le bistouri ; distension de la plaie trachéale avec le dilatateur Laborde et introduction de la canule. Le cautère doit être rougi à blanc.

Sur vingt-deux opérations pratiquées sur des chiens, deux fois seulement il y a eu un écoulement de sang, attribué à la division d'une trop grande quantité de tissus avec la même partie de l'instrument. Un autre inconvénient peut résulter de

l'emploi du cautère : c'est la nécrose partielle de un ou deux cartilages de la trachée ; mais il est facile de l'éviter, en achevant la section de la trachée avec le bistouri. L'hémorrhagie qui en résulte est tout à fait insignifiante.

Le résultat final des opérations faites avec le bistouri et celles pratiquées avec le cautère montre que les premières l'emportent sur les secondes par la rapidité de l'opération et la régularité de la cicatrisation. Mais, d'un autre côté, l'emploi du cautère actuel l'emporte par la simplicité de l'opération et le défaut d'écoulement sanguin ; il rend ainsi la trachéotomie une opération vulgaire et facilement praticable. Il y a en outre un certain nombre de circonstances dépendantes de l'opéré, qui doivent faire donner la préférence au cautère actuel, telles que l'embonpoint, un œdème de la glotte, le développement exagéré du corps thyroïde, etc., etc. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Ce procédé semble, en effet, avoir le grand avantage d'être exécuté rapidement, avec sûreté, et de mettre les patients à l'abri des hémorrhagies, qui sont si à craindre, surtout chez l'adulte. Mais, d'un autre côté, l'ouverture pourra-t-elle être obtenue toujours aussi grande que dans le procédé classique, et l'opérateur ne sera-t-il pas un peu gêné dans le cas d'ossification cartilagineuse? Ce sont des points que l'avenir jugera.

Quant au galvano-cautère, employé par M. Verneuil (voy. *année* 1872) et dont cinq applications sur six se sont montrées très-favorables, selon les observations rapportées par M. Bourdon (*Arch. de méd.*, janvier), il n'en a pas été de même entre les mains de ceux qui l'ont employé après lui. M. Voltolini (de Breslau), s'en étant servi sur un adulte tuberculeux, eut une grave hémorrhagie à réprimer, de même que M. Krishaber dans deux cas. La première fois pour des végétations obstruant la partie supérieure de la trachée, chez un homme de quarante-cinq ans, il y eut une hémorrhagie artérielle consécutive qui s'arrêta heureusement. Mais la seconde fois, pour une tumeur cancéreuse intra-laryngée, chez un homme de soixante-trois ans, l'hémorrhagie fut si abondante, qu'il fallut recourir à la ligature en masse, et encore celle-ci échoua-t-elle sur ces tissus carbonisés. La trachée dut être ouverte avec le bistouri, et l'opéré succomba le lendemain. (*Soc. de biol.*, novembre.)

Le couteau galvano-caustique est donc infidèle à réprimer les hémorrhagies, but principal de son emploi. Il a ainsi le

danger capital du bistouri sans ses avantages, car il s'oppose à l'emploi de la ligature.

TROPHONÉVROSES. Sous ce nouveau titre allemand, désignant des troubles de nutrition des divers tissus, consécutivement à des lésions de la moelle épinière ou du système nerveux central, M. le professeur Charcot et ses élèves groupent, de plus en plus, des maladies dont l'étiologie était considérée jusqu'ici comme toute différente. Des atrophies, ulcérations, gangrènes, éruptions, seraient sous la dépendance d'une même condition ou d'un même état morbide des centres nerveux ou des cordons nerveux périphériques. Toute une série d'affcetions de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, des articulations, des os, même des viscères, seraient aussi sous la dépendance de ces lésions nerveuses. C'est donc une doctrine toute nouvelle à l'appui de laquelle, on avait d'abord imaginé un ordre de nerfs spéciaux, mais que l'irritation ou une lésion quelconque suffit à expliquer aujourd'hui pour ses défenseurs. Des affections attribuées à diverses causes sont ainsi rattachées à des lésions, des dégénérescences nerveuses dont la thérapeutique est en train de faire la contre-épreuve. — Voy. DERMATOLOGIE, MAL PERFORANT DU PIED, ULCÈRE PERFORANT DU MOLLET.

Serait-ce encore à cette action qu'il faudrait rapporter les luxations, les malformations, les atrophies et les rétractions musculaires congénitales qui s'observent chez les nouveau-nés atteints de lésions nerveuses, comme M. J. Guérin en a depuis longtemps fait la remarque? C'est ainsi que dans un cas de spina bifida, il y avait une double luxation ou malformation coxo-fémorale et un double pied-bot avec absence des muscles fessiers et pyramidal, et la rétraction des fléchisseurs des membres inférieurs. Ce phénomène inexpliqué serait ainsi relié à sa cause vraie. (*Soc. de chir.*, octobre, et *Union méd.*, n° 127.)

Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique), par le docteur Henry Frémy, brochure in-8°, Paris. La pathogénie de l'atrophie unilatérale de la face est encore un sujet en discussion. Tandis que pour Romberg, et les Allemands en général, elle dépend d'une altération du système nerveux, plusieurs auteurs la considèrent encore comme une affection idiopathique essentielle, appelée *aplasie* par M. le docteur Lande (voy. *année* 1870). C'est ce point en litige que

notre jeune auteur a voulu élucider par les faits. Dans neuf des observations analysées, les troubles nerveux sont caractérisés ensemble ou séparément par des troubles de la sensibilité, la douleur, et de la motilité par des contractions fibrillaires. Dans douze autres cas, des troubles nerveux généraux s'y ajoutent, comme prurit, constriction, hyperesthésie aux chocs, aux changements de température, aux courants électriques. Parfois, il y a eu migraine, excitabilité, etc. D'où il conclut à des altérations nerveuses et à la nature trophonévrotique de cette atrophie.

TUBERCULOSE. *Transmission par les voies digestives.* Dans le but de résoudre affirmativement cette question, M. Chauveau a sacrifié, en présence d'une commission, quatre jeunes veaux de lait de six semaines environ, achetés en Bresse, dans des conditions identiques, et dont deux avaient été soumis, soixante jours auparavant, à l'ingestion, la déglutition (on ne dit pas si elle a été forcée) de matière tuberculeuse. L'autopsie a montré des foyers caséeux dans les poumons des quatre veaux et même dans quelques ganglions, mais ceux-ci étaient notablement plus généralement atteints sur les deux veaux inoculés (*Association française pour l'avancement des sciences*, 2e session). Loin d'être concluant, ce résultat montre, au contraire, que l'on ne saurait s'en tenir aux précédentes expériences (voy. *année* 1869) pour affirmer la transmission.

A l'Académie de médecine, M. Colin, professeur à l'École d'Alfort, a relaté des expériences faites sur une trentaine d'animaux : taureaux, béliers, porcs, chiens, lapins, etc. Tous ces animaux ont été nourris pendant plusieurs mois, durant même plusieurs années, avec de la matière tuberculeuse crue, et aucun d'eux n'a été atteint ni de phthisie pulmonaire, ni d'aucune autre tuberculisation viscérale. Ces résultats prouveraient d'une façon indubitable, que le tubercule ne peut être inoculé par les voies digestives et que la chair des animaux phthisiques n'offre pas les dangers que laissaient supposer les expériences de M. Chauveau.

Quant aux causes de ces résultats si diamétralement opposées, elles sont, suivant M. Colin, en ce que M. Chauveau fait avaler de force aux animaux les substances tuberculeuses broyées et délayées. Dans ces conditions, la matière peut être avalée de travers, pénétrer dans les voies bronchiques et dé-

terminer des pneumonies caséeuses. Son procédé est plus rationnel : il a habitué peu à peu les animaux à manger de la matière tuberculeuse, jamais il ne l'a fait avaler de force, et c'est pour lui une condition indispensable de succès.

Il reste à savoir si l'innocuité est due à ce que cette matière, comme les venins et les virus, est peu endosmotique, ou bien, à ce qu'elle est altérée et digérée à la manière des substances azotées ordinaires. (*Acad. de méd.*)

Se basant sur ces données expérimentales contradictoires, M. Vitu, inspecteur du service de salubrité à l'abattoir et dans les marchés publics de Lille, ayant exprimé quelques craintes sur l'usage de livrer à la consommation la viande des animaux tuberculeux, la municipalité s'est empressée de consulter la Société de médecine locale à ce sujet, qui a répondu par les conclusions suivantes :

1° Les expériences qui tendaient à démontrer l'inoculabilité de la matière tuberculeuse chez les animaux par l'alimentation, sont contredites par d'autres absolument négatives.

2° Sans attendre l'exposé de ces résultats contradictoires, la médecine humaine avait les motifs les plus légitimes de répudier l'application à l'homme de ces doctrines de contagiosité.

3° La santé de la population, dont l'administration municipale a si justement souci, ne court aucun péril de tuberculisation par la consommation de viandes provenant d'animaux tuberculeux.

4° Les chairs seules des animaux arrivés à un degré extrême d'émaciation et de marasme doivent être l'objet de mesures prohibitives comme ne fournissant qu'une nourriture insuffisante et peut-être malsaine. (*Séance du 27 mai.*)

Action du lait. D'une série d'expériences faites par le docteur Klebs, il résulte que l'usage du lait des vaches tuberculeuses ou pommelières, détermine la tuberculose chez plusieurs animaux. L'affection commence généralement par un catarrhe intestinal, suivi de la tuberculisation des ganglions mésentériques du foie et de la rate, et enfin par une tuberculose miliaire étendue des organes thoraciques. De vigoureux organismes peuvent résister à cette infection, et l'auteur a même vu des tubercules bien formés se résorber et disparaître par la cicatrisation des cavernes.

D'où il conclut que le virus — si c'en est un — est contenu en proportion variable dans le lait des vaches pommelières, et que la scrofule peut naître chez les enfants nourris de lait d'une mère ou d'une nourrice malade. Ce virus lui paraît devoir être dissous dans le sérum et nullement détruit par l'ébullition. (*Archiv. für experim. pathol.*)

Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Paris le 3 février 1873, par Louis-Albert Thaon, ancien interne des hôpitaux ; in-4° de plus de 100 pages avec planches, Paris.

Étude très-intéressante reposant sur 25 autopsies de tuberculeux de tous les âges et dans les divers organes, faites en 1871 et 1872 dans les hôpitaux de Paris, avec l'examen histologique d'un grand nombre de pièces. Il en résulte l'adoption de la doctrine française de Laennec, sur l'unité de la phthisie et la démonstration de l'inanité, de l'erreur des théories allemandes. C'est ainsi que la granulation tuberculeuse, dont Virchow faisait le type du tubercule vrai, en en limitant le siége dans le tissu conjonctif, se développe aux dépens de l'épithélium des séreuses, du poumon, des cellules hépatiques et rénales. Certains organes en sont infiltrés, et cette infiltration, composant de véritables masses toutes différentes des granulations élémentaires, isolées, entre cependant dans la constitution des gros tubercules des organes que Virchow distingue et sépare de celles-ci.

Il étudie ensuite la phthisie fibreuse ou fibroïde des Anglais, qu'il a rencontrée dans un tiers des cas et sous forme d'infiltration grise, scléreuse, envahissant peu à peu les poumons, jusqu'à ne laisser qu'un champ respiratoire minime, mais coïncidant toujours avec d'autres lésions, granulations et pneumonie caséeuse. Seule et isolée, cette infiltration n'a aucune valeur, car elle se rencontre également dans la phthisie des remouleurs, des ouvriers en soie et de tous ceux qui la contractent par une irritation permanente des poumons. Une variété de granulations dites fibreuses ou de Bayle y revient également. C'est donc là une terminaison fréquente de la phthisie.

Étudiant ensuite la nature des lésions tuberculeuses, M. Thaon arrive à montrer qu'elle n'est pas lymphatique, adénoïde, comme le prétend Virchow et ses adeptes, et que les inflammations caséeuses, purulentes et plastiques, étudiées et distinguées à

tort par les Allemands, sont purement tuberculeuses. Il conclut ainsi que la tuberculose sort du cadre restreint où l'avait renfermée Virchow, qu'elle est une maladie présentant des lésions d'ordre différent, telles que les granulations et les inflammations caséeuses. Il n'y a donc plus de phthisie pneumonique et de phthisie tuberculeuse, suivant la distinction allemande, car cette dualité est contraire à la clinique, à la pathogénie, à l'anatomie pathologique et à la médecine expérimentale.

Dans les deux dernières parties, l'auteur étudie la tuberculose du tissu conjonctif et les tissus analogues, et termine par la tuberculose du larynx.

Tuberculose aiguë. Dans un mémoire qui n'a que le défaut de manquer de concision, M. le docteur Laveran, appuyé sur des observations avec autopsie, attribue la fièvre qui en est le principal symptôme à la tuberculisation seule en dehors de toute complication inflammatoire; ce qui est contraire à la division de MM. Hérard et Cornil. Il en distingue quatre formes : catarrhale, typhoïde, asphyxique, latente. La forme typhoïde se distingue de la fièvre de ce nom par la forme acyclique, irrégulière, le rapport de la fréquence du pouls avec l'élévation de la température, tandis que c'est le contraire dans la fièvre typhoïde. La prostration, le délire continu sont des caractères de celle-ci. (*Recueil de mémoires de méd. et chir. milit.*, janvier, février.)

Tuberculose pleurale aiguë. Observée sur un homme de trente-trois ans, par M. Hayem, à l'hôpital Beaujon, sans aucun tubercule dans les poumons à l'autopsie. La dyspnée était extrême, les crachats sanguinolents sans signe de pneumonie. La mort eut lieu un mois après l'entrée. Des adhérences généralisées, celluleuses et déjà anciennes, existaient des deux côtés, avec infiltration de masses jaunâtres et épanchement enkysté inférieur gauche. État fœtal du poumon avec petits infarctus enflammés. Caillots fibrineux, kystiformes dans le cœur. Reins farcis de petits abcès sur le trajet des vaisseaux. Œdème généralisé avec ecchymoses aux extrémités et sur les articulations (*Union méd.*, n° 59). C'est donc là un fait rare, exceptionnel, et qui s'éloigne des règles ordinaires de la pathologie.

Ulcération tuberculeuse de la langue. M. le docteur Féréol a confirmé la nature tuberculeuse de cette lésion déjà établie par M. Trélat (voy. *année* 1869). Il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans, grand fumeur de pipe et ayant de mauvaises dents. On pouvait donc attribuer ce mal local à ces causes. C'est ainsi que les membres de la *Société médicale des hôpitaux* étaient disposés à l'interpréter, les caractères locaux n'étant pas distinctifs. En voici les principaux traits : à 4 centimètres de la pointe de la langue et à gauche, est une ulcération transversale, irrégulière, qui l'embrasse presque de haut en bas. Elle mesure 2 centimètres de long sur 7 à 8 millimètres de large et forme en haut une sorte de rainure étroite, à bords nets, dentelés, décollés légèrement et taillés à pic. Une douzaine de saillies mamelonnées, de petits tubercules arrondis, comme un grain de millet ou un grain de chènevis, sont pressés les uns contre les autres assez régulièrement et deux à deux en écartant les lèvres de l'ulcération. Ces sortes de grosses papilles sont roses ou violacées, teinte violacée d'un rouge très-vif.

En bas, l'ulcération s'élargit, devient ovalaire et prend une coloration grise avec des teintes jaunâtres pultacées. Plus superficielle que profonde, ses bords sont nets et très-injectés. Point de mamelons comme en haut, mais quelques points jaunâtres, paraissant des follicules altérés.

Cette ulcération augmentant, malgré le chlorate de potasse et l'iodure de potassium à haute dose, on en exclut le caractère syphilitique. Une petite crevasse grisâtre, reposant sur une base violacée et légèrement dure, linéaire, étant apparue à la commissure droite de la lèvre inférieure, au point où reposait la pipe, avec les mêmes caractères que l'ulcération linguale, on crut à une ulcération simple, d'autant plus que le limage des dents amena une amélioration réelle de la première. L'absence d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et la coïncidence de deux ulcérations excluent aussi le cancer, le cancroïde. Quelques signes stéthoscopiques de tuberculose firent au contraire diagnostiquer un ulcère tuberculeux par MM. Féréol et Trélat. L'issue, en effet, leur donna raison, et en même temps que les ulcérations de la langue et de la lèvre faisaient des progrès, tous les signes de la phthisie s'accentuaient, jusqu'au jour où le malade y succomba presque subitement. L'autopsie et l'examen microscopique s'accordèrent à montrer la

tuberculisation de ces ulcères. Le larynx et l'épiglotte offraient des ulcérations de même nature, et, contrairement à l'opinion de M. Isambert, ceux de l'épiglotte avaient le même aspect que les ulcères linguaux. Les éléments des lésions tuberculeuses ont été constatés microscopiquement. D'où M. Féréol se demande, si le malade ne s'est pas auto-inoculé le tubercule en avalant sans cesse le pus sécrété par ces ulcères de la langue. La phthisie pulmonaire et la cachexie étaient à peine reconnaissables quand le malade entra à l'hôpital. C'est donc une question à examiner. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet, et *Union méd.*, n° 133 et suivants, 1872.)

TUMEURS. *Nouveau procédé d'énucléation.* Dans le cas de tumeurs du sein ou des bourses, quand surtout l'hémorrhagie est à redouter pour leur excision avec le bistouri, M. Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a eu recours, dans 4 cas, au procédé suivant :

Le patient étant anesthésié, et après avoir tracé avec l'ongle la ligne elliptique, il cerne cette ligne de lames de carton bien mouillé d'eau froide. Puis, promenant un fer rouge sur la ligne tracée, en dedans du carton mouillé, il divise successivement les tissus jusqu'à l'enveloppe fibreuse de la tumeur, reconnaissable à son aspect fibreux, d'un blanc mat et faisant hernie dans la ligne de cautérisation conduite lentement, celle-ci met ainsi à l'abri de toute hémorrhagie. Il est possible, en appliquant le plat du cautère sur les vaisseaux qui donnent du sang, d'arriver jusqu'à la tumeur sans en répandre plus d'une cuillerée.

Dans un second temps, il s'agit d'engager les doigts entre la surface fibreuse de la tumeur et les couches molles divisées qui la recouvrent. Ils s'insinuent sous le bord de ces couches, glissent au-dessous, entre elles et la surface de la tumeur, et déchirent avec vivacité les adhérences qui réunissent le néoplasme à ces parties.

Une énucléation par déchirure est ainsi produite. Tantôt ce sont des lamelles cellulaires qui seules sont déchirées, tantôt des canaux vasculaires allant des parties molles à la tumeur ; mais ces vaisseaux, tiraillés, déchirés, rompus, se comportent comme ceux soumis à ces violences : ils donnent peu ou pas de sang.

Si la tumeur est pédiculée, il ne s'agit plus, dans un troisième temps, que d'appliquer l'écraseur, le cautère actuel ou l'instru-

ment tranchant, suivant la vascularité plus ou moins grande de ce pédicule. Sa ligature en masse préalable permet d'employer le bistouri sans danger d'hémorrhagie.

En réunissant bien les parties profondes, on peut en obtenir la réunion par première intention ; les parties cautérisées seules suppurent.

Les opérés, par ce procédé, sont peu impressionnés par ce traumatisme ; leur teint, leurs forces, leur appétit sont conservés et ils guérissent plus rapidement, comme trois observations de tumeurs énormes du sein et une tumeur du scrotum ainsi énucléées en sont la preuve. (*Lyon méd.*, novembre.)

Il y a un rapprochement sensible entre ce mode d'énucléation et celui employé par M. Demarquay pour les lipomes. Au lieu ici d'une énucléation en dedans de la capsule fibreuse, elle est en dehors, c'est toute la différence, en raison même du but qu'il s'agit d'atteindre. — Voy. Lipomes.

Tumeurs adipeuses. — Voy. Lipomes.

Tumeur de la trachée. Un fatal accident professionnel, arrivé récemment à la Polyclinique de Vienne, a causé une profonde sensation dans les cercles médicaux. Une jeune femme de vingt-deux ans avait une tumeur, diagnostiquée à l'aide du laryngoscope, s'étendant du côté droit du cartilage cricoïde dans l'intérieur de la trachée. Le 23 décembre, le docteur Coen introduisit une aiguille capillaire munie d'une seringue dans cette tumeur et y injecta du perchlorure de fer. Quelques gouttes s'échappèrent malheureusement et déterminèrent un spasme si intense de la glotte que la mort en résulta instantanément malgré la laryngotomie pratiquée aussitôt.

L'autopsie, faite par Rokitanski montra le cœur contracté avec du sang fluide dans ses cavités, les poumons emphysémateux et œdématiés ; du sang liquide dans la trachée et les grosses bronches ; deux petites plaies causées par l'injection dans la paroi postérieure de la trachée ; deux tumeurs gélatineuses en apparence, une sur la paroi antérieure de la trachée, l'autre à l'extrémité postérieure du premier anneau de la trachée, arrondie, pâle, de cinq lignes de diamètre environ, et remplissant presque la cavité de la trachée immédiatement au-dessous du larynx. La membrane muqueuse environnante était d'un jaune sale. Ces tumeurs furent reconnues de nature sarcomateuse.

Malgré l'acquittement de l'opérateur et la justification de ce mode de traitement, cet exemple montre toute la prudence et la réserve qu'il faut y apporter, et les précautions à prendre en cas d'accident.

Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus. *Sont-elles opérables?* Les succès éclatants de l'ovariotomie l'ayant rendue usuelle ont aussi rendue possible l'exécution de diverses autres opérations, considérées comme impossibles auparavant. La gastrotomie, en mettant à découvert des tumeurs de l'utérus, de la rate, du rein ou d'autres, prises par erreur pour des kystes de l'ovaire, a rendu leur excision possible, parfois avec succès. 42 ablations de l'utérus, faites dans ces conditions, ont donné 9 guérisons, suivant la statistique de M. Catternault, et dont nous avons rapporté quelques exemples en France et en Amérique (voy. *années* 1866, 1869). Sur 20 excisions de tumeurs pédiculées de l'utérus, exécutées dans ces conditions, il y eut 8 guérisons; tandis que sur 14 où la paroi abdominale fut refermée sans excision de la tumeur utérine, 9 femmes survécurent plusieurs années; ce qui prouve au moins qu'il ne faut pas trop se hâter de pratiquer l'excision des tumeurs périphériques de l'utérus.

Pour les tumeurs fibro-cystiques ou kystiques en particulier, que les succès de MM. Kœberlé et Péan ont mises à l'ordre du jour, MM. Boinet, Demarquay et Richet en blâment et rejettent l'excision, à moins qu'elles ne soient étroitement pédiculées. S'il faut énucléer la tumeur ou enlever l'utérus, on a fatalement une perte de sang considérable pendant l'opération et toutes les chances d'une hémorrhagie consécutive, sans compter celle de la péritonite. En présence de ces chances de mort, on ne peut conseiller l'extirpation d'une tumeur utérine dont la présence est souvent compatible avec la vie. Et lors même qu'elle met la vie en danger, il n'y a pas lieu d'y recourir, parce que l'on n'est jamais sûr de pouvoir terminer l'opération ou que la vascularité extrême de la tumeur détermine une hémorrhagie mortelle. C'est ainsi que, pour quelques beaux succès, il y a de très-nombreux revers et que Spencer Wells, partisan de cette opération, l'a abandonnée après un seul succès sur 8 exécutions. Sur 24 cas rapportés par M. Courty, il y a 21 morts, ce qui l'amène à la même conclusion.

Il n'y a donc pas lieu de recourir à la gastrotomie pour

l'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-kystiques de l'utérus, surtout celles qui sont compatibles avec la vie. A plus forte raison si ces tumeurs, très-volumineuses, ont contracté des adhérences avec les viscères ou la cavité du bassin et nécessitent ainsi l'amputation de l'utérus ou de ses annexes. (*Acad. de méd.*, octobre 1872.) — Voy. Gastrotomie.

Comme preuve à l'appui, M. Demarquay a présenté la pièce pathologique d'un de ces cas, opéré malgré lui, chez une femme de quarante ans environ. Une incision de 12 à 15 centimètres de la paroi abdominale permit d'amener au dehors un kyste de l'ovaire non-adhérent, contenant 5 à 8 litres d'un liquide filant. Il se félicitait déjà du résultat ; mais un examen attentif montra qu'elle adhérait très-intimement à la face postérieure de l'utérus qu'elle avait entraîné dans son développement, de manière à l'allonger au point de le faire ressembler au pédicule même de la tumeur.

Devant ces difficultés inattendues et insurmontables, M. Demarquay jugea qu'il n'y avait pas de meilleur parti à prendre que d'enlever l'utérus avec le kyste de l'ovaire. Avec une grosse aiguille, il passa une anse métallique, à travers la partie sus-vaginale du col, et étreignit chaque côté de l'utérus, y compris les vaisseaux, avec une anse métallique qu'il serra fortement à l'aide d'un serre-nœud. La malade fut pansée ensuite, comme si elle n'avait subi que l'ovariotomie. Elle n'avait perdu que 60 grammes de sang. Aucun liquide ne s'était écoulé dans le péritoine; mais l'opération avait duré cinquante minutes.

La malade n'eut pas de vomissement et la réaction semblait devoir se faire; mais le pouls resta nerveux et, malgré les soins les plus assidus, elle succomba vingt-trois heures après l'opération à l'ébranlement nerveux consécutif.

Cette opération d'hystérotomie, faite dans d'excellentes conditions, a cependant été funeste, comme chez la plupart des malades de Spencer Wells. Si de pareilles complications avaient pu être prévues, elle n'aurait certainement pas été exécutée. Ici il n'y a point de doute possible, pas d'équivoque ; les pièces démontrent le fait avancé, et il est impossible de pratiquer l'hystérotomie dans de meilleures conditions et cela avec plus de soin. Le résultat a cependant été funeste. Les femmes affectées de tumeurs volumineuses de l'utérus seraient-elles dans de meilleures conditions ? Évidemment non. Les faits empruntés à la pratique de Kœberlé prouvent le contraire. Il y a donc là

bien des difficultés et des doutes, sur lesquels il importe que la lumière soit faite. Il est nécessaire que les chirurgiens qui se sont donné la noble mission de reculer les limites de l'art, et qui veulent appliquer la gastrotomie à l'ablation des tumeurs utérines ou péri-utérines, ne se bornent pas à publier des observations ou à présenter des malades guéries de telle ou telle infirmité. Cela est inutile ; mais il est nécessaire de voir le produit pathologique enlevé, afin d'en déterminer la nature.

Une tumeur fibreuse peut être enlevée par la gastrotomie sans qu'elle soit utérine. Elle peut être née de l'ovaire. Un kyste de l'ovaire plus ou moins adhérent est une tumeur fibro-kystique qui n'offre plus qu'un intérêt clinique. La science et la pratique ne peuvent progresser qu'à cette condition. Quand un utérus, contenant un corps fibreux considérable compromettant sérieusement la vie, aura été enlevé et présenté à cette tribune ou à la Société anatomique ou encore à la Société de chirurgie, le doute ne sera permis pour personne. Il en sera de même d'une tumeur cystique détachée des parois de l'utérus. Une série de faits, étudiés dans ces conditions, ne laisseraient plus de doute et serviraient au progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique. Bientôt on saurait dans quelle limite on peut se mouvoir. On apprécierait enfin les motifs déterminant des chirurgiens sérieux à entreprendre des opérations si graves, et l'on arriverait à publier les faits bien observés qui serviraient de base à une statistique sérieuse qui éclairerait la pratique. (*Idem.*)

De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Étude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération, par J. Péan et L. Urdy, ouvrage orné de 25 figures dans le texte et de 4 planches. Paris.

TYMPAN. *Rupture traumatique.* Elle résulte souvent, selon le professeur Politzer, d'un coup porté sur l'oreille, surtout avec la main ouverte, comme pour donner un soufflet, par la compression subite de la colonne d'air contenue dans le méat. Dans tous les cas observés, il y avait une petite ouverture frangée. Son siége, très-variable, se trouve le plus souvent en bas et en arrière plutôt qu'en avant, à distance égale du manche du marteau et de l'anneau cartilagineux. L'ouverture peut être ronde, mais elle est le plus souvent ovalaire, parallèle aux fibres radiées. Les lèvres effilées de la plaie sont ordinairement

recouvertes d'un caillot sanguin. Tout le reste de la membrane est normal, sauf une injection très-marquée du plexus veineux.

Le trouble de l'ouïe varie beaucoup ; il est plus intense quand le coup a produit aussi une contusion du labyrinthe ; celui ci est généralement intact quand l'action portant sur la membrane en divise les fibres élastiques. Dans ce cas, l'ouïe est très-peu diminuée. Elle l'est surtout quand la force du coup ne portant pas sur le tympan, se propage sur les nerfs terminaux du labyrinthe. La surdité se manifeste alors avec de grands bruits. De même, quand la contusion du labyrinthe coïncide avec la rupture du tympan. Le défaut de son du côté blessé, qui s'observe dans ce cas, le distingue de la simple rupture du tympan. L'insufflation de l'air produit un bruit sourd ; tandis que le son est aigu et sifflant, quand la perforation est pathologique. Dans ce dernier cas, l'air parvient plus difficilement dans le tube.

La cicatrisation est rapide, quand la rupture est sans complications ; elle n'est plus reconnaissable après quelques semaines. La suppuration résulte ordinairement d'un mauvais pansement, mais l'ouïe reparaît même dans ce cas. Elle peut toutefois rester incomplète ou nulle quand l'ouverture de la plaie reste permanente ou s'agrandit. La surdité peut aussi résulter de la contusion du labyrinthe sans rupture du tympan.

D'où il suit que, pour donner un avis médico-légal sur ces lésions, le médecin doit être appelé quelques jours après l'accident, autrement il ne peut distinguer si la rupture est traumatique ou pathologique. (*Union méd.*)

Perforateur du tympan. La grande difficulté est de maintenir l'entrée du tympan ouverte et perméable au son. Abandonnée à elle-même, la force cicatricielle de cette membrane est telle que l'ouverture, même faite avec un emporte-pièce, se cicatrise constamment et le mieux obtenu disparaît. Le nouvel instrument de M. Bonnafont, en perforant le tympan à coup sûr, laisse dans l'ouverture une petite canule à demeure qui, ressemblant à l'œillet d'un corset, peut se retirer et se remettre à volonté, sans danger d'accident, et s'oppose ainsi à toute cicatrisation. (*Acad. de méd.*, juin.)

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. En se continuant à l'Académie de médecine, la discussion sur ce sujet s'est éclai-

rée par les documents de M. Fauvel montrant le développement spontané de cette maladie, sous l'influence de causes hygiéniques défavorables, plutôt qu'à celle du sol et de la race, comme le soutient M. Chauffard. En Crimée, c'est l'armée anglaise qui en est frappée la première à la fin de 1854, alors que les Russes devaient l'avoir importée avec eux. Au contraire, elle ne contracte le typhus qu'ensuite, de même que les armées française et turque. C'est que, dit M. Fauvel, l'armée anglaise était placée dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, manquant de tout : vivres, campements, ambulances. Aussi perdit-elle, dans ce premier hiver, 10 989 hommes, soit 15 pour 100 de son effectif.

M. Chauffard objecte que cette armée avait pu rapporter le typhus de l'Irlande, où il est endémique, ou qu'elle a pu le recevoir par contagion de prisonniers russes l'ayant à l'état latent. Si cette dernière supposition ne peut être réfutée, la première est contredite par les faits. L'administration anglaise, instruite par l'expérience, renvoya ou licencia une grande partie de cette armée en 1855, en fit venir une autre plus nombreuse qu'elle plaça dans les meilleures conditions hygiéniques et sa mortalité descend dès lors à 1,2 pour 100 de son effectif. L'influence de la race était donc bien nulle ici.

L'armée française en offre la contre-épreuve. Atteinte du typhus, après l'armée anglaise, avec une proportion inférieure de malades pendant le premier hiver, elle ne change rien ou très-peu de chose dans son hygiène : les soldats sont presque aussi mal abrités et nourris, et sa mortalité de 14,5 de son effectif en 1854, s'élève à 16,3 en 1855, sans que les conditions du sol ni de la race aient changé.

Une preuve de plus que le typhus se développe partout dans les mêmes conditions de famine et d'encombrement, et sévit surtout dans ces conditions, c'est qu'il diminue et s'éteint dès qu'elles changent. C'est ainsi que, malgré les nombreuses évacuations de typhiques de l'armée à Constantinople, le typhus ne s'y transmit pas, comme le choléra. D'ailleurs, ce fléau ne naît pas de toutes pièces, subitement, mais graduellement, par une succession d'états morbides dont l'armée française de Crimée a surtout présenté un tableau saisissant.

M. Chauffard oppose que Constantinople n'était pas une ville assiégée, affamée, encombrée, c'est-à-dire dans des conditions propres à la propagation du typhus. Eh bien, cette

raison tombe devant les émigrations tartares et circassiennes que les conquêtes de la Russie déterminèrent dans cette même ville en 1860. La première composée de 25 000 individus en proie à une misère affreuse, avec le scorbut et la diarrhée, logés dans l'intérieur même de la ville en khans séparés, déterminèrent bientôt autant de foyers de typhus à zones limitées, mais dangereux pour les maisons environnantes, tellement redoutables et périlleux que le gouvernement ottoman, à la fin de l'hiver, transporta les survivants et les dissémina sur d'autres points du littoral où peu à peu le typhus s'éteignit sur place, de même qu'il avait cessé après leur départ de Constantinople dans les quartiers qu'ils avaient habités.

30 000 nouveaux émigrants étant arrivés quelques mois plus tard, l'autorité turque, sur l'avis du conseil de santé, les dissémina sur la côte asiatique où ils campèrent, et, grâce à ces mesures, il n'y eut pas de typhus, malgré l'existence de la dysenterie et des fièvres palustres.

Que l'on dise après ces grands exemples que les Circassiens avaient apporté le typhus de leurs montagnes, comme on l'a dit des soldats irlandais, c'est une hypothèse sans valeur, par le fait même qu'elle est irréfutable. Elle est pourtant invraisemblable devant ce fait qu'à Trébizonde et Samsoum, où ce drame se répète dans des conditions encore plus effrayantes, ce n'est pas le typhus qui se montre tout d'abord parmi les émigrés, mais un état cachectique avec diarrhée, bouffissure, œdème des membres, ecchymoses scorbutiques, auxquels il succède fatalement, en se communiquant au reste de la population.

M. Fauvel démontre de même que l'épidémie algérienne de 1868 ne supporte pas mieux l'interprétation que lui donne M. Chauffard : qu'elle serait le reliquat du typhus de Crimée, importé en Algérie par nos soldats, où il s'est perpétué depuis. On sait que le début de cette épidémie fut précédé d'une famine affreuse, et que, pour s'y soustraire, un grand nombre de tribus émigrèrent en Kabylie où elle se développa. Ces faits positifs valent bien les théories émises pour renverser la doctrine qu'ils représentent. Il n'y a donc pas lieu d'abandonner celle-ci jusqu'à plus ample informé. (*Acad. de méd.*, mai et juin, et *Gaz. hebd.*, n°s 27 et 28.)

Injection d'alcoolé ammoniacal anisé. M. le docteur Zuelzer, après avoir employé toute autre médication sans succès et

voyant le pouls insensible, irrégulier, la face cyanosée, les extrémités refroidies, la voix éteinte, etc., a employé quinze à trente gouttes de liqueur ammoniacale en injections, une pour chaque membre. Au bout de quelques minutes, le pouls devenait plus ample et plus fort, les battements du cœur se ranimaient ; la cyanose, l'algidité, le collapsus, se dissipaient peu à peu, et bon nombre de malades qui semblaient désespérés ont dû la vie à ce moyen thérapeutique encore trop peu usité.

Dans quelques circonstances, il s'est produit de petits abcès au point où l'injection avait été faite ; mais ces accidents n'ont jamais eu de conséquences graves.

Voici la formule de la liqueur ammoniacale anisée :

Essence d'anis	1 gramme.
Alcool à 85 degrés.	24 —
Ammoniaque liquide	5 —

Cette médication se trouve indiquée dans toutes les circonstances où sous l'influence, d'une cause quelconque, survient la résolution des forces : dans le choléra, les fièvres graves, certains accès pernicieux, où elle permettra d'attendre le moment favorable pour administrer la quinine.

U

ULCÈRES. Ulcère perforant du mollet. *Résection du sciatique.* M. le professeur Verneuil a tenté de confirmer, par une hardiesse chirurgicale, ce point de doctrine encore *sub judice* : à savoir, si certaines ulcérations rebelles de la peau sont sous l'influence de lésions nerveuses, comme MM. Brown-Séquard et Charcot le professent. Une fille de vingt et quelques années portait depuis très-longtemps à la partie moyenne de la région interne du mollet gauche, plusieurs ulcérations perforantes, profondément taillées à pic qui avaient résisté à toute thérapeutique locale et générale. Des douleurs névralgiques intolérables s'y joignaient. Ces ulcères, à fond grisâtre, infundibuliformes, à suppuration fétide et ichoreuse, n'aboutissaient pas néanmoins à une dénudation osseuse. On ne pouvait en donner une meilleure idée qu'en les comparant à une sorte de *mal perforant du mollet*, dénomination qu'elles pouvaient revendiquer, non pas seulement en raison de leur

configuration, mais aussi à cause de leur résistance opiniâtre à tout essaithérapeutique.

M. Verneuil pratiqua l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Tout marcha bien pendant les premiers temps ; mais, au moment où la cicatrisation paraissait devoir s'achever prochainement, une ulcération du même caractère que les précédentes prit domicile à l'extrémité du moignon et s'accompagna, comme elles, de douleurs névralgiques extrêmement intenses. Que faire en présence de cette double récidive de l'ulcère et des souffrances ? Amputer la cuisse, c'était aller un peu trop vite en besogne : aussi, dans la pensée que la suppression du nerf sciatique calmerait l'élément douleur, et dans celle, beaucoup plus hypothétique, que l'opération aurait en même temps une heureuse influence sur la cicatrisation du dernier ulcère perforant, M. Verneuil se décida à faire, dans une étendue de 2 centimètres environ, la résection des sciatiques poplités, interne et externe, en ayant grand soin d'arrêter tout écoulement sanguin venant des vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent accolés aux troncs nerveux. L'issue n'est pas connue.

Au lieu de cette résection nerveuse, on pouvait encore essayer la *dénudation* et l'*extension du nerf*, comme cela a été fait avec succès par le professeur Patruban (de Vienne), en 1872, dans un exemple d'ischialgie, et, avant lui, par le professeur Nussbaum, sur les branches du plexus brachial, dont les tiraillements, à l'aide de crochets mousses, firent disparaître la douleur. (*Union méd.*, n° 98.)

Dans deux autres cas d'ulcère névralgique, siégeant au mollet, ayant résisté aux moyens les plus divers, M. Verneuil a réséqué le nerf sciatique poplité externe. Le résultat fut des plus remarquables. Immédiatement, les exacerbations douloureuses ont disparu complétement et la cicatrisation s'est faite progressivement et sans récidive.

Ces ulcères semblent donc être entretenus par une irritation des nerfs. C'est un trouble trophique, justiciable de leur résection, quand les autres moyens ont échoué. Ces ulcères se développent spontanément, s'étendent en surface et surtout en profondeur, au point d'atteindre les muscles et les aponévroses. Mais leur caractère dominant est la névralgie, la douleur exacerbante qui se manifeste spontanément ou sous l'influence du moindre contact, et s'irradiant dans diverses directions avec une turgescence des parties. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Ulcérations arsenicales du rectum. — Voy. Arsenic.

Ulcères scrofuleux. *Électricité.* Chez une femme de vingt-trois ans, vingt-trois ulcérations scrofuleuses de la jambe résistaient depuis deux ans à tous les moyens usités lorsque M. Deering recourut au galvanisme. Une amélioration immédiate eut lieu et trois mois après, elles étaient toutes cicatrisées sans l'emploi d'aucun autre moyen. (*Amer. journ. of med. sciences.*, avril.)

Cette observation est incomplète, car s'il s'agissait d'ulcères atoniques, froids, comme c'est ordinairement le cas, un excitant direct comme l'électricité a dû agir comme tous les excitants employés. Mais d'abord ceux-ci avaient-ils été mis en usage? Et lesquels? En raison de ces lacunes, on ne saurait donc tirer grand profit de cette observation.

Ulcères chroniques des jambes. Un médecin américain préconise l'emploi de l'onguent calcaire suivant :

℞	Craie.	3 parties.
	Axonge.	2 —

La craie en poudre est ajoutée graduellement dans l'axonge liquide pour mieux s'incorporer. En soustrayant la plaie du contact de l'air et en favorisant la formation de la croûte, cet onguent accélère la cicatrisation quand il n'y a pas d'inflammation aiguë.

URÉE. *Origine.* Des expériences faites par M. Rabuteau sur lui-même, lui ayant démontré que l'élimination de l'urée est plus considérable pendant les heures qui suivent les repas que dans les heures subséquentes, quelle que soit la quantité d'aliments, il en conclut qu'elle provient directement et en majeure partie des aliments ingérés, c'est-à-dire avant qu'ils soient assimilés et convertis en tissus organiques. Ceux-ci en fournissent seulement le surplus par leur régression et leur rénovation alternative incessante. Les aliments sont brûlés, et une partie de leurs principes décomposés et éliminés avant d'être assimilés, contrairement à ce qui est généralement admis. De là les proportions variables de leurs éléments éliminés, suivant la nature de l'alimentation. Celle de l'urée est ainsi plus abondante après l'ingestion d'aliments azotés que légumineux. Les

sulfates et les phosphates se forment et se présentent si rapidement aussi dans l'urine, suivant le genre d'alimentation que l'on ne peut admettre davantage que le soufre et le phosphore qui leur ont donné naissance aient fait partie intégrante de l'organisme avant de s'oxyder. M. Cl. Bernard a démontré que la glycose se brûle rapidement sans passer par l'urine. Les substances azotées se brûlent donc également.

De là la nécessité de tenir compte, dans les dosages d'urée, de la quantité d'alimentation, et surtout de sa nature pour conclure rigoureusement. Sans cette condition, ils sont trompeurs et sans aucune valeur. (*Union méd.*, n° 107.)

Le même auteur a constaté aussi que le thé pris en infusion à la dose de 15 grammes, diminue la présence de l'urée dans les urines de 6,85 pour 100, et le café vert pris à la même dose, de 14,11 pour 100.

Le pouls a subi des variations correspondantes à celles de l'urée, et c'est le café qui a produit ici encore le maximum d'effet.

Outre leurs effets diurétiques légers, le thé et le café en diminuant l'élimination de l'urée et ralentissant le pouls et les combustions, sont donc, suivant l'expression de M. G. Sée, de véritables médicaments d'épargne. C'est pourquoi ils sont utiles aux gens dont l'alimentation est insuffisante, aux travailleurs exposés à de grandes fatigues. On s'explique ainsi comment les mineurs belges, avec une ration alimentaire très-inférieure à la ration ordinaire, peuvent conserver la santé et une grande vigueur de forces musculaires. Tandis que les religieux de la Trappe absorbent 15 grammes d'azote chaque jour par les aliments, les mineurs belges n'en absorbent que $14^{gr},80$; mais la supériorité des mineurs sur les trappistes vient de ce que les premiers prennent 2 litres d'infusion de café chaque jour. (*Soc. de biol.*)

Au contraire, M. Roux, après s'être soumis pendant cinq mois à un régime régulier comme exercice, travail et nourriture, a constaté que l'urée augmentait par l'usage du café et du thé. De 33 grammes en moyenne journalière et après s'être élevée spontanément à 36 grammes, sous l'influence des premiers beaux jours, pour revenir lentement ensuite au chiffre primitif, elle s'est élevée de 5 grammes environ sous l'influence du café et de 3 grammes 72 centigrammes sous celle du thé. Et cela sans que l'eau employée pour cet usage puisse être accu-

sée d'augmenter même en partie cet accroissement, car les urines ont pu s'élever de 944 centimètres cubes à 2515, par suite de l'eau absorbée, sans que la quantité d'urée ait varié sensiblement comme Lecanu l'avait déjà constaté.

Le café ni le thé n'empêcheraient donc pas la dénutrition des tissus, d'après ces nouvelles expériences faites au laboratoire de chimie de la Faculté des sciences de Clermont. Mais il est remarquable qne par leur usage habituel, l'élimination revient bientôt au chiffre normal. C'est donc là une nouvelle inconnue. (*Acad. des sc.*)

Ces contradictions, dans des expériences aussi simples, ne sont-elles pas une preuve évidente qu'il y a, suivant les individus, leur constitution, leurs aptitudes fonctionnelles particulières, des variations qui réduisent de beaucoup la valeur de ces expériences et les résultats que l'on peut en obtenir. On peut juger par là de ce qu'il y a à attendre dans la voie nouvelle où les Allemands ont engagé la science.

M. Rabuteau a constaté que l'urée n'est nullement diurétique, contrairement à la croyance générale ; que la quantité prise s'élimine complétement dans les vingt-quatre heures, en partie par la salive, ce qui confirme ce fait aujourd'hui démontré qu'elle n'est pas sécrétée par le rein, comme on le croyait. (*Union méd.*, n° 142.)

Valériane à haute dose. Suivant M. Bouchard, l'extrait administré graduellement jusqu'à 8 grammes par jour, ferait tomber l'excrétion journalière de l'urée de 49 grammes à 25 et même 19 grammes seulement dans l'azoturie ou diabète. La valériane empêcherait ainsi la dénutrition, et serait un puissant médicament d'épargne, de même que la liqueur de Fowler, le bromure de potassium, tandis que l'iodure l'augmente. (*Soc. de biol.*, juin.)

Influence sur les globules. — Voy. Sang.

Études critiques sur de nouvelles recherches relatives à la formation de l'urée dans le rein, par le docteur A. Murri, assistant de clinique médicale à Rome.

Exposé d'expériences de contrôle des conclusions contradictoires sur la production de l'urée par le rein. La critique des opinions des professeurs Rosenstein et Primavera résulte de ces

expériences et en montre l'inanité; mais la question physiologique n'en est guère mieux élucidée.

URÉMIE. Elle se manifeste chez les agonisants où l'urine est supprimée un ou plusieurs jours avant la mort. Il résulte, en effet, des expériences de MM. G. Daremberg et Peter sur la sueur et le sérum des agonisants que non-seulement l'urée s'y trouve en grande quantité, mais encore de la créatine et de la créatinine. Aussi la dénomination d'*urinémie* leur paraît-elle préférable (*Soc. de biol.*, décembre.)

Sur la peau du cou et de la face d'un cholérique, MM. Liouville et Grippat ont observé une efflorescence d'aspect cristallin que l'examen chimique a démontré être constituée par de l'urée. Il y aurait donc lieu de rechercher ce corps dans la sueur visqueuse des cholériques. Une observation semblable avait été faite à l'hôpital Lariboisière, sur un malade empoisonné par le phosphore. (*Soc. de biol.*, novembre.)

URÈTHRE. *Nouveau procédé d'extraction des épingles.* Un enfant de huit ans s'est laissé introduire une épingle dans l'urèthre. Enfoncée profondément, l'épingle fut entraînée par le canal, et toutes les tentatives faites pour la retirer n'eurent pour résultat que de la faire cheminer davantage vers la vessie. Le lendemain, 11 août, environ vingt-quatre heures après, M. le docteur Rey trouva l'enfant levé, n'accusant de souffrance que lorsqu'il s'asseyait ou urinait. Le pénis ne présentait encore aucun symptôme d'inflammation ni de gonflement, et il était impossible par la palpation de découvrir le corps étranger. Le cathétérisme avec un stylet de trousse perçut l'épingle sous le pubis. Sa tête; dirigée en avant, parut engagée dans la partie musculeuse de l'urèthre et arrêtée par la courbure du canal.

Ayant remarqué que le stylet passait facilement à côté de l'épingle, M. Rey eut l'idée de le remplacer par la sonde cannelée, afin de tenter de l'accrocher avec le cul-de-sac de la rainure, avec la précaution de presser la sonde sur la paroi de l'urèthre opposée à l'épingle, afin de ne pas l'entraîner et l'enfoncer davantage. Ayant dépassé la tête, il tourna la sonde de manière à placer sa rainure bien vis-à-vis de l'épingle et la retira avec lenteur et ménagement. Une certaine résistance et un cri de douleur du malade annoncèrent que la tête de l'épin-

gle était saisie avec la curette de la sonde, mais que la pointe pénétrait dans les tissus. Là était la difficulté de l'opération. La sonde fut enfoncée de quelques millimètres pour dégager l'épingle, en lui imprimant un léger mouvement de va-et-vient autour de son axe, pour faire entrer l'épingle dans sa cannelure. Essayant de tirer de nouveau avec le soin de faire basculer un peu l'instrument, de manière à faire presser l'extrémité interne contre la tête du corps étranger, pour ne pas la laisser échapper, et l'extrémité externe dans un sens opposé contre le méat, afin de dilater le canal, l'opérateur eut alors la satisfaction de sentir la sonde céder sans résistance à ce mouvement et bientôt l'épingle apparut, couchée dans la rainure de telle manière qu'il lui était impossible de piquer la muqueuse. Elle était grosse et forte comme celles dont se servent ordinairement nos paysans et mesurait 4 centimètres et demi.

Dans ce procédé, il n'y a ni douleur, ni blessure, ni hémorrhagie. C'est un simple cathétérisme avec la sonde cannelée.

C'est donc un moyen simple, facile, bénin d'extraire les aiguilles et les épingles de l'urèthre, tel qu'il le faut pour des sujets aussi craintifs et indociles que les enfants. (*Bull. de thér.*, n° 2.)

S'il est vrai que la fin justifie le moyen employé, et que privé de tout autre instrument et de tout renseignement, l'ingénieux praticien campagnard ait agi très-habilement, il est à craindre que le même succès ne couronne pas souvent les tentatives de ceux qui voudront le renouveler. On le peut, et on le doit même, puisqu'il est exempt de tout traumatisme. En cas d'insuccès ou de la pénétration de la pointe de l'épingle ou de l'aiguille dans les tissus, il restera toujours le secours du procédé de M. Boinet pour l'extraire.

Dilatation possible chez la femme. Une femme de Méry, âgée de quarante-sept ans, primipare, était en couches depuis deux jours, lorsque le médecin fut appelé. Écartant les grandes lèvres, l'indicateur et le médius réunis pénétrèrent sans obstacle dans un bas-fond, où se trouvait une poche onctueuse et limitée, en arrière de laquelle se sentait la tête de l'enfant. Surpris par cet obstacle, le médecin fit placer cette femme sur le bord du lit, et il trouva le méat urinaire béant et dilaté, ainsi que son canal jusque dans la vessie. Cette dilatation était égale à une circonférence de 12 centimètres, volume de ses deux doigts intro-

duits ensemble. Cette dilatation accomplie en dix heures, lentement et progressivement par l'accoucheuse ignorante, à l'aide de son indicateur, n'avait amené que des douleurs encore moins vives que celles du travail d'enfantement, et quelques stries de sang.

L'erreur de la sage-femme venait de ce que le vagin était oblitéré par une membrane d'une résistance et d'une densité considérables, placée à la profondeur de 6 centimètres au-dessus des caroncules, formant un cul-de-sac présentant à son centre une ouverture égale au tube de la plume de l'aile d'un poulet, par laquelle s'était accomplie la conception. Ce diaphragme solide formé par un repli de la muqueuse vaginale seule, s'opposant à la descente de l'enfant, il suffit de l'inciser doublement pour que l'accouchement se terminât.

Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme pendant l'anesthésie, par E. Simonin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy ; brochure in-8°, Nancy.

Cinq faits nouveaux, relatés dans ce travail, établissent qu'à l'aide de l'anesthésie par le chloroforme, l'auteur a pu obtenir instantanément une dilatation telle qu'il a pu en extraire une fois un corps étranger, deux fois des calculs, une fois l'exploration de la vessie et une autre fois le canal de l'urèthre. Cette dilatation pouvant atteindre 23 à 24 millimètres, sans incontinence d'urine ultérieure, cette méthode peut donc servir efficacement au diagnostic et au traitement des affections génito-urinaires. Ce nouveau travail en est la confirmation.

URÉTHROCÈLE VAGINALE. Les exemples en sont si rares que les classiques ne la citent même pas. On trouve bien quelques faits de dilatation générale de l'urèthre. Velpeau, Hobart, Demarquay en citent, mais une seule dilatation ampullaire est rapportée par Foucher, et c'est pour y faire suite que M. Gillette relate celle qu'il observa sur une femme de trente et un ans. Deux mois après son troisième accouchement, elle sentit une légère pesanteur au niveau de la vulve, des cuissons provoquées par le passage de l'urine et un peu d'évacuation involontaire après chaque miction. Au toucher, le doigt percevait une bosselure ovoïde sur la paroi antérieure du vagin, que la pression faisait céder en provoquant l'écoulement de

l'urine. Le spéculum montrait une tumeur ovoïde d'avant en arrière de 4 centimètres et 1/2 de long sur 3 de large. Une sonde de femme, introduite dans l'urèthre, s'arrêta dans une cavité et le doigt en perçut le bec; poussée, elle pénétra directement dans la vessie. C'était donc bien une dilatation partielle de l'urèthre, uréthrocèle et non cystocèle.

M. Gillette résolut de pratiquer une perte de substance, et la femme étant couchée sur le dos et les parois du vagin écartées avec deux valves de bois, il fit deux incisions obliques se rapprochant en arrière, et formant un lambeau triangulaire qui fut disséqué et enlevé sans intéresser l'urèthre; puis les lèvres de la plaie furent réunies avec quatre fils d'argent. Le succès fut complet, et quinze jours après, la cicatrisation était parfaite. Il n'y avait plus de tumeur ni accidents de la miction. (*Union méd.*, n° 43.)

URÉTHROTOMIE. En confirmation des opinions de M. le docteur Bourguet sur la reconstitution du canal de l'urèthre à la suite des opérations d'uréthrotomie externe, suivies de l'ablation complète d'une portion de ce conduit, M. le professeur Valette (de Lyon) rapporte un nouveau succès, analogue à ceux de MM. Demarquay et Letenneur sur ce sujet (voy. *année* 1867). Un homme de cinquante-quatre ans présentait trois fistules sur la partie inférieure de l'abdomen, communiquant ensemble et survenues à la suite d'un rétrécissement infranchissable de la région membraneuse qui empêche encore absolument de pénétrer dans la vessie. Le canal est imperméable, et toute l'urine sort ainsi par les fistules depuis plus de trois ans. La sonde est introduite jusqu'où elle peut pénétrer et une incision médiane en met le bec à nu. Dans l'impossibilité de découvrir aucun pertuis, l'opérateur va rechercher le canal dans la région prostatique, et cela fait, il réunit, par une incision et une résection des parties intermédiaires indurées, les deux extrémités du canal, distantes de 4 à 5 centimètres, y place une sonde et sans aucune complication, le canal s'est reformé dans cette étendue, le malade a guéri de sa dégoûtante infirmité et urine parfaitement depuis.

Bien des praticiens mettent encore en doute la possibilité de cette réparation ; c'est une chose bien importante de savoir qu'il n'est pas nécessaire de retrouver la portion ancienne et plus ou moins rétrécie ou désorganisée du canal, et de pouvoir

affirmer que la continuité de l'urèthre, interrompue par une excision, peut se rétablir aux dépens des bourgeons charnus de la plaie, qui se moulent sur la forme de la sonde et s'organisent de matière à constituer un canal qui fonctionne régulièrement. A ce point de vue, cette observation est des plus concluantes. (*Soc. de méd. de Lyon*, juin, et *Lyon méd.*, n° 15.)

Uréthrotomie externe. *Plus de sonde à demeure.* Contrairement à la pratique courante, M. le professeur Richet laisse le canal libre, à cause de l'inutilité et même des inconvénients de la présence de la sonde. Elle n'empêche pas l'urine de sortir par la plaie ; car, la sonde fermée, l'urine s'accumule dans la vessie, et l'occlusion incomplète du col en résultant, celle-ci filtre en dehors et s'écoule par la plaie. La sonde détermine en outre une sécrétion abondante de mucosité et même de pus, qui empêche la plaie de se cicatriser, contre le but même qu'on se propose. Au lieu d'empêcher un rétrécissement, on le favorise par la suppuration même de cette plaie.

M. Richet recommande simplement à ses opérés de garder le plus longtemps possible leurs urines, de s'abstenir de boissons et de manger fort peu. Douze, vingt-quatre heures peuvent ainsi s'écouler avant que le besoin d'uriner soit trop pressant et rende le cathétérisme indispensable. Les lèvres de la boutonnière, mises en contact, ont ainsi le temps de se réunir, et le cathétérisme peut s'effectuer avec précaution, sans danger de les séparer. Un exemple à l'appui de cet enseignement sert de démonstration. (*Union méd.*)

URICÉMIE. *Effets de l'intoxication urique.* — Voy. Acides.

URINE. Une pratique neuve et originale est l'injection de l'urine normale, pratiquée avec succès par le docteur Clemens (de Francfort), dans la vessie, quand une urine altérée, corrompue dans sa composition, reste en contact avec les parois vésicales. Le catarrhe, la gravelle, la pierre en résultent. Laver la vessie, en pareil cas, avec de l'eau pure, ne suffit pas toujours ; la cause subsistant, le mal persiste. C'est ainsi que, dans un cas, il fut conduit à modifier l'urine alcaline séjournant la dans vessie par l'addition d'acide urique, et il ne trouva rien de mieux, à cet effet, après avoir vidé la vessie avec la sonde, lavé sa cavité avec des injections d'eau tiède, que d'in-

jecter de l'urine émise directement dans la seringue, préalablement chauffée, par une personne bien portante, et il en obtint le meilleur résultat.

L'urine de jeunes garçons de dix à quinze ans peut être employée avec celle d'adultes forts et bien portants. L'impression de sa température, généralement plus élevée que celle qui sort d'uno vessie malade, est parfois si favorable qu'une seule injection suffit pour rendre aux parois vésicales leur tonicité. Deux ou trois injections par jour, dans les cas graves, sont souvent nécessaires (*Deutsche Klinik*, n° 7). C'est bien là la thérapeutique simple et naturelle des Allemands.

Poursuivant ses expériences pour justifier les conclusions émises dans sa thèse (*De la pathogénie de l'infiltration d'urine*, Paris, janvier 1872) de la nocuité ou l'innocuité de l'urine, suivant qu'elle contient plus ou moins de sels, le docteur Muron s'est assuré qu'un troisième facteur est nécessaire : c'est l'état de force ou de faiblesse du sujet injecté. L'urine humaine contenant de 15 à 20 grammes d'urée par litre, peut ainsi être injectée sans accident à un chien bien portant, fort et vigoureux, tandis que l'urine de ce même chien, nourri à la viande, contenant de 70 à 120 grammes d'urée par litre, est très-nocive pour un chien faible ou malade (*Soc. de biol.*, mai). Il faut donc tenir compte de ces données d'expérimentation pour conclure de son action sur l'homme.

Se conformant à cette suggestion, le docteur Purdon a renouvelé cette tentative à l'hôpital général de Belfort, sur une campagnarde, mère de famille, qui souffrait d'une cystite chronique depuis son dernier accouchement Son urine était peu abondante, ammoniacale, avec mucus et quelques gouttes de sang à la fin, avec besoin d'uriner toutes les heures. Pas de ténesme ni de constipation ; appétit sans altération. L'absence de calcul fit soumettre la malade au traitement usuel : *uva ursi*, *pareira brava*, *buchu*, etc. ; localement : suppositoires d'iodoforme, injections d'eau tiède opiacée et acidulée, 8 gouttes d'acide prussique par 30 grammes d'eau, mixture avec le copahu, etc. Ces moyens n'apportèrent qu'un léger soulagement momentané, lorsqu'ayant injecté secrètement l'urine de son interne, matin et soir, lorsqu'elle était chaude, il en résulta une amélioration telle de tous les symptômes que, trois semaines après, cette femme quittait l'hôpital parfaitement guérie (*Dublin journ. of med. sc.*, octobre). C'est donc une éclatante

confirmation du fait précédent, que beaucoup de praticiens ont accueilli avec un sourire de doute et de dédain.

Désinfection par la térébenthine. — Voy. ALIÉNATION MENTALE.

Coloration par le séné. M. Gubler a observé que l'urine des malades qui ont pris du séné se colore en jaune intense avec reflet verdâtre comme l'urine ictérique. Mais la réaction caractéristique des matières colorantes de la bile par l'acide azotique n'existe pas, et de plus, si l'on projette au fond du tube contenant l'urine un fragment de potasse, on voit apparaître une très-belle coloration pourpre. La distinction entre ces deux sortes d'urines est donc des plus faciles. On se demande si ces phénomènes ne doivent pas être attribués à l'acide chrisophanique contenu dans le séné. (*Soc. de thér.*)

UTÉRUS. *Ablation totale.* Les cas d'amputation de l'utérus suivis de guérison sont assez rares pour ne pas les laisser sans mention. A la suite d'un accouchement prématuré, avec enroulement du cordon autour du cou du fœtus, chez une femme de vingt-cinq ans, le fond de l'utérus inversé fit saillie à la vulve, accompagné d'une hémorrhagie abondante. Malgré la réduction immédiate, l'inversion se reproduisit, ainsi que les métrorrhagies, tellement qu'après dix-sept mois, la femme était amaigrie, anémique et infiltrée. La vie étant en danger, l'amputation fut résolue et exécutée par le professeur Barba, avec l'écraseur linéaire. Le fil de cuivre fut appliqué sur la partie la plus étroite et la plus élevée, c'est-à-dire sur le col même de l'utérus. L'opération fut terminée par la ligature avec une anse métallique. L'ablation fut complète en quinze minutes, sans hémorrhagie consécutive.

Une syncope prolongée faillit compromettre immédiatement le succès, mais un traitement excitant énergique rétablit les fonctions circulatoires. Une péritonite formidable s'ensuivit qui fut combattue heureusement, et, vingt-deux jours après, l'opérée quittait son lit parfaitement guérie. (*Ann. clinici dello sped. di Pellegrini di Napoli*, 1872.)

En réunissant ce fait à la statistique de West et un autre de M. Courty, on arrive au total de 61 ablations d'utérus inversé, dont 44 guérisons. C'est encourageant. La ligature en compte

le plus grand nombre, et si ce procédé est beaucoup moins expéditif que le bistouri et l'écraseur, la sécurité des malades et la prudence font un devoir de le préférer.

Inversion. *Diagnostic.* Dans un cas où l'inversion était prise pour un polype, le constricteur fut placé sur la tumeur, lorsque la femme en éprouva une telle douleur qu'il fallut abandonner l'opération. M. Barnes fit alors passer une sonde dans la vessie et en en tournant la pointe en arrière, il put la sentir avec l'index introduit dans le rectum et de même par le vagin, derrière la tumeur. L'absence de l'utérus dans sa position normale démontra ainsi l'erreur.

Ces deux moyens, de la sensibilité et même de la douleur du pédicule à la pression avec le pouce et l'index et l'exploration avec la sonde et le doigt, doivent donc toujours être employés préalablement à toute opération. (*Obst. journ. of Great Britain*, n° 1.)

Injections intra-utérines. Les accoucheurs anglais, Playfair et Barnes, condamnent hautement cette pratique, surtout dans les cas de flexion. Une métrorrhagie incoercible pourrait seule la justifier. Les badigeonnages avec différentes solutions paraissent préférables au premier et les pommades au second. (*Lancet* et *British med. journ.*, janvier.) — Voy. Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus.

V

VACCINE. *Leptothrix vaccinalis.* M. le docteur Piffard décrit, sous ce nom, des productions fongoïdes, formant de petits filaments semblables au *leptothrix buccalis*, qu'il a rencontrées dans la solution des croûtes de vaccin. Il n'y trouva ni *mycelium*, ni indice de fructification quelconque; mais le microscope y découvrit de petits corps arrondis ressemblant assez aux globules rouges du sang, sauf la grosseur, d'autres corpuscules en forme d'anneaux ou de cercles, des corps de formes irrégulières, des débris d'épithélium, de fines granulations moléculaires, etc.

Ces corps fongoïdes sont tout à fait semblables à ceux des croûtes de l'*impetigo contagiosa* qui se développe souvent après

la vaccine. Ils sont seulement plus abondants que dans celles-ci. D'où l'auteur infère qu'ils pourraient bien être le contagium de cette espèce d'impétigo décrite par Tilbury-Fox. (*Lyon méd.*)

Vaccin en poudre. Selon le docteur Margotta (de Naples), le virus vaccin animal bien desséché et réduit en poudre impalpable, servirait avec avantage à la vaccination pendant plusieurs mois. Il suffirait de pratiquer une petite incision de la peau et d'y introduire une dose infinitésimale de la poudre, qui s'humidifie par les liquides exhalés, pour avoir une vaccination infaillible, à l'abri des insuccès et des complications de la vaccine ordinaire. La facilité d'envoi et de conservation de cette poudre assurerait la vaccination universelle..... Après tous les efforts tentés par les partisans du vaccin animal pour le populariser, malgré leurs échecs renouvelés, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle. C'est en voulant avancer ainsi par force qu'on recule.

Scarificateur tréphine. Imaginé par M. le docteur Warlomont, ce nouveau vaccinateur se compose d'une lame circulaire de 2 à 4 millimètres de diamètre, renfermée dans une armature métallique en forme d'étui, à laquelle on imprime un mouvement de rotation par le jeu d'une spirale intérieure. Étroitement appliqué sur la peau bien tendue, il suffit d'appuyer vivement du bout de l'index sur le bouton pour mettre en action la lame qui trace, avec la rapidité de l'éclair, un sillon de profondeur que l'on détermine à volonté. La douleur est nulle et le mécanisme en est des plus simples et des plus sûrs. C'est un perfectionnement de la sangsue artificielle Heurteloup, qu'il peut efficacement remplacer. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet.)

Deux cas de mort à la suite de la vaccination, par le docteur Luce. La variole règne épidémiquement dans le Massachussets. Quoique en décroissance, elle a encore fait 101 victimes à Boston, la capitale, sur 385 décès survenus du 4 au 18 janvier dernier. Il est donc naturel que des personnes de tout âge s'y fassent revacciner.

Chez une femme de cinquante-deux ans, lymphatique, et un homme de soixante-huit, nerveux, la revaccination pratiquée le 2 janvier dernier avec le cow-pox non humanisé, le bras enfla dès le lendemain avec de vives douleurs. Le 7, M. Luce

constata une vive inflammation érysipélateuse descendant jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras. Les tissus étaient gangrénés depuis l'aisselle jusqu'au coude. De larges cloques, pleines d'un liquide noirâtre, étaient répandues sur la surface. Les symptômes septicémiques augmentèrent rapidement : pouls faible à 100, langue noirâtre, tympanite, stupeur, et la première succomba dès le 8 janvier, et le second le 10 au matin. (*Boston med. and surg. Journal*, 23 janvier.)

La *Gazetta della Spezia* annonce également que 17 personnes, revaccinées le même jour, sont entrées à l'hôpital avec de larges engorgements phlegmoneux des bras. Chez un marin, la gangrène a déterminé la mort. Cet événement est attribué à ce que le vaccin a été pris sur une vache malade.

Dans leur laconisme, ces faits montrent que le vaccin animal est plus dangereux qu'on ne l'a dit, et peut transmettre une autre maladie bien plus grave que la syphilis. Ce n'est pas là seulement une gangrène traumatique accidentelle, elle ne se serait pas manifestée uniformément chez les deux sujets ; il y a eu inoculation manifeste d'un principe septique qui, en provoquant des accidents locaux formidables, a ensuite empoisonné le sang. Mieux observés et relatés, ces faits éclaireraient peut-être la théorie de l'inoculation septicémique de M. Davaine chez l'homme.

VAGINISME. *Empoisonnement saturnin.* Le docteur Neftel a eu l'occasion de constater plusieurs fois ce phénomène peu connu de la production du vaginisme dans l'empoisonnement par les sels de plomb. En 1868, il publiait trois observations de jeunes femmes ayant souffert à un haut degré de vaginisme, par suite de l'emploi de cosmétiques renfermant des sels de plomb. Dans le fait nouveau, il s'agit d'une actrice qui fut atteinte de vaginisme ; il y avait du plomb dans les urines, et il se produisit une attaque de coliques de plomb. Le traitement de l'empoisonnement saturnin dans ces divers cas amenait la guérison du vaginisme. (*Brown-Sequard's Arch.* et *Gaz. hebd.*)

VARICOCÈLE. *Nouveau procédé opératoire.* Après avoir fait coucher le malade, le docteur Davison recherche les veines et les sépare du cordon. On élève le testicule afin que le sang contenu dans la partie inférieure descende, et qu'il n'en reste pas au-dessous de la ligature. La présence de ce sang, dans la

partie périphérique de la veine, serait une grande cause de phlébite On prend une aiguille dont la courbure comprend un peu plus d'un demi-cercle, armée d'un fil bien ciré. Cette aiguille ne doit pas être très-pointue de peur de blesser les vaisseaux. On perfore la peau des bourses, on passe l'aiguille en arrière, puis en avant des veines, de manière à la faire sortir par le trou d'entrée. On coupe le fil, dont on fixe les deux chefs sur un bouton d'ivoire. Après seize ou dix-huit heures, il s'est déjà fait une sécrétion de lymple plastique suffisante pour oblitérer le calibre de la veine, et au bout de deux ou trois jours, on peut enlever sans crainte la ligature. On doit enlever le fil avec précaution pour ne pas couper la veine, ce qui augmenterait les dangers de la phlébite sans aucun avantage pour le patient.

Voici les avantages de ce procédé. En ne perforant les enveloppes du testicule qu'en un seul point, il y a moins de douleur, moins de danger d'inflammation ou d'adhésion de la cicatrice au cordon spermatique qui, dans ce cas, s'oblitère. En faisant descendre le sang du bout périphérique, et en ne coupant pas la veine, il n'y a pas de danger de phlébite. Ceux que le docteur Davison a opérés par ce procédé n'ont pas eu de récidives. Un malade qui portait un suspensoir depuis trente ans et avait un testicule atrophié fut non-seulement guéri de son varicocèle, mais seize mois après, le testicule avait repris son volume normal et pouvait accomplir largement ses fonctions sexuelles. (*New-York medical Journal*, octobre 1872.)

VARIOLE. *Épidémie à Boston.* Importée par des émigrants au mois de janvier 1872, cette épidémie qui dura jusqu'au 1er mai 1873, fut si intense et grave que sur 3722 personnes atteintes, il y eut 1026 décès, presque le tiers, c'est-à-dire dans une proportion supérieure aux épidémies de New-York et de Philadelphie. Sur les 1232 cas traités dans les hôpitaux, 97 avaient la forme hémorrhagique qui tous furent fatals sans exception. La plupart éclatèrent sur des gens à constitution détériorée : des syphilitiques, des alcooliques, des prostituées, etc. (*Boston med. Journ.*, 28 août.)

Altérations de la moelle des os. L'épidémie de variole qui parcourut le monde pendant les trois dernières années et qui sévit encore dans le Nord, nous a valu plusieurs découvertes

cliniques du plus haut intérêt. Aux lésions du cœur, si bien étudiées par MM. Desnos et Huchard, se sont ajoutées les paralysies consécutives des membres, et voici qu'un médecin italien, le docteur Golgi, médecin de l'hospice des incurables d'Abbiategrasso, signale des altérations considérables de la moelle des os. Guidé par la fonction hématopoiétique attribuée récemment à cette substance par Bizzozero et Neumann, il s'est dit que, si cette fonction était réelle, l'organe devait en présenter la confirmation par des lésions correspondantes aux profondes altérations du sang dans les varioles graves. C'est ce qu'il a constaté, en effet, dans plusieurs cas, et dont voici deux exemples :

Chez une fille robuste de vingt-deux ans, morte le septième jour d'une variole hémorrhagique, la moelle des côtes et des vertèbres était rouge, liquide, avec de rares caillots. Au microscope, c'était presque exclusivement du sang avec de rares globules blancs, qui la constituent presque exclusivement à l'état normal; la plupart étaient dans un état plus ou moins avancé de dégénérescence graisseuse. Les globules rouges, contenant un ou plusieurs nucléoles, étaient plus nombreux.

Chez une femme de trente ans, morte le quinzième jour d'une variole suppurée confluente, cette moelle, grisâtre et très-abondante, contenait une énorme quantité de cellules blanches, la plupart avec un noyau distinct, peu de sang et un nombre considérable de cellules gigantesques avec des noyaux en formation.

Le caractère distinctif de la variole hémorrhagique est ainsi l'extrême rareté des cellules de la moelle, l'hémorrhagie diffuse dans le canal médullaire, et une énorme augmentation des globules blancs et des cellules gigantesques dans la variole confluente. (*L'Osservatore, Gazz. delle Clin.*, n° 11.)

M. Vulpian adopte cette théorie. Des douleurs d'abord continues, puis rémittentes et suivies d'une grande faiblesse des muscles des épaules, s'étant montrées à la suite d'une variole discrète, chez un garçon de vingt et un ans, il observa une atrophie avec relâchement des deltoïdes, surtout à droite. Le pouvoir de fléchir le bras était perdu, surtout à gauche, et ne pouvait plus être exécuté que difficilement à droite. La sensibilité tactile était abolie, ainsi que la contractilité faradique, dans la région deltoïdienne et les grands pectoraux.

Malgré la guérison du patient, M. Vulpian admet, sans doute,

une irritation inflammatoire de la moelle, correspondant aux racines des nerfs animant les muscles paralysés. (*Arch. de phys.*, janvier.)

A la suite de l'inoculation du virus variolique, chez un homme de trente-deux ans, très-bien portant, M. le docteur Lockhart Clarke observa une atrophie musculaire considérable des bras et des épaules ; tandis que les muscles de l'avant-bras étaient intacts. Les muscles des pouces étaient presque atrophiés ; tandis que ceux des doigts étaient sains.

A l'autopsie, il constata des lésions étendues et un déplacement de la substance grise dans le renflement cervical de la moelle. (*Med. Record*, janvier.)

Perchlorure de fer. 20 à 30 gouttes associées à 30 grammes de glycérine, données à plusieurs reprises, à une heure d'intervalle, par le docteur Silbergleit, ont produit un amendement considérable de l'angine varioleuse. Les pustules se sont promptement desséchées, et l'hypérémie et le gonflement de la muqueuse ont diminué. (*Allg. Viener med. Zeitung.*)

VOMISSEMENTS. *Emplâtre belladoné.* De même que Récamier employait ce moyen contre les vomissements incoercibles de la grossesse, M. Gueneau de Mussy en a étendu l'usage aux vomissements du mal de mer. Il a eu un complet succès dans deux cas graves de cette nature chez un monsieur et une dame. On pourrait donc en tenter l'usage dans les autres vomissements nerveux, sympathiques ou réflexes. (*Soc. de thérap.*, mai.)

Cet emplâtre se trouve préparé officinalement à l'ancienne pharmacie Cadet-Gassicourt, près du Louvre.

FIN

TABLE DES AUTEURS

Abadie. Cataracte, cornée, névralgies.
Acland. Accouchements.
Adrian. Propylamine.
Agnew. Luxations.
Ahlfeld. Accouchements.
Albertoni. Choléra.
Alcala. Prix.
Althaus. Névroses.
Alvarenga. Pneumonie.
Andant. Rein.
Annandale. Calculs, dysenterie, résections.
Armaingaud. Névralgies.
Armand. Climatologie.
Arnott. Hémorrhagies.
Aron. Bubon.
Asuero. Nécrologie.
Atlee. Ovariotomie.
Atthill. Seigle ergoté.
Aubanel. Prix.
Auber. Nécrologie.
Aveling. Accouchements.
Awenarius. Rhumatisme.
Axenfeld. Anévrysmes.
Azam. Amputations.

Bachon. Névromes.
Bailly. Craniotomie, hernies, placenta.
Baker-Brown. Nécrologie.
Ballard. Fièvres.
Bals. Ostéogénie.
Barba. Utérus.
Barbier. Prix.
Bardinet. Anthrax.
Barnes. Fractures, obstétrique, placenta, utérus.
Bartels. Trachéotomie.
Bastian. Hétérogénie, phthisie.
Bazin. Accouchements.
Beale. Phthisie.
Beaune (de). Absorption.
Béhier. Épilepsie, fièvres, septicémie, thoracentèse.
Bence (Jones). Nécrologie.
Benecke. Cancer.
Bennakine. Nécrologie.
Bennett. Physiologie.
Béranger-Féraud. Aspiration.
Berger (Paul). Fractures, paralysies.
Berger (O.). Plaies.
Bergeret. Goître, plomb.
Bernard (Cl.). Sang.
Bert (P.). Sang.
Bertherand. Syphilis.
Berti. Aliénatiou.
Bertillon. Démographie.
Besnier (J.). Avortement.
Besnier (E.). Endocardite, pleurésie, rhumatisme.
Beverley. Diphthérie.
Billroth. Hémorrhagies.
Bizzozero. Enseignement.
Blachez. Syphilis.
Blanc. Chloralum, choléra.
Blanche. Anesthésiques.
Blanco. Fistules.
Bloch. Rein.
Boardman. Placenta.
Bock. Diabète.
Boddaert. Kystes, ovariotomie.
Bœchat. Thyroïde.
Boehm. Aconitine.
Boinet. Gastrotomie, tumeurs.

Bonnafont. Bougies, oreille, tympan
Bonnet. Nécrologie.
Bouchard. Albuminurie, azoturie, diabète, thoracentèse, urée.
Bouchardat. Albuminurie, soufre.
Bouchaud. Odontalgie.
Bouchut. Bubon, éclampsie, infarctus, parotidite.
Bouillaud. Aphasie, pouls, sang.
Bouley. Fièvres, septicémie.
Boulian. Nécrologie.
Boulton (Percy). Rétrécissements.
Bourdon. Accouchements, choléra, éclampsie, érysipèle.
Bourguet. Uréthrotomie.
Bourneville. Température.
Bousseau. Hernies.
Boutin. Diurétiques.
Bozeront. Oreille.
Brachetti. Phthisie.
Brady. Jurisprudence.
Brakinridge. Diarrhée.
Bricheteau. Nécrologie.
Brière. Thyroïde.
Brierre. Pannus.
Broca. Érysipèle, médecine.
Brouardel. Choléra, hémorrhagies, rhumatisme, thoracentèse.
Brown. Nécrologie.
Brown-Mason. Anesthésiques.
Brown-Séquard. Dyspepsie, nerfs, névralgies, paraplégie.
Bryant. Chirurgie, rétrécissements.
Buckle. Hémorrhagies.
Bucquoy. Rhumatisme.
Budin. Éclampsie, percussion.
Buignet. Accouchements.
Bulckens. Paralysies.
Burdel. Fièvres.
Burdon-Sanderson. Physiologie, septicémie.
Burnham. Ovariotomie.
Burow. Cancer.
Busch. Fractures.

Cadet-Gassicourt. Gangrène, rhumatisme.
Cagnola. Prix.
Calastri. Aliénation.
Callender. Néphrotomie, pansements.
Capozzi. Paralysies.
Capuron. Prix.
Carden. Nécrologie.
Carlet. Empyème.
Castan. Fièvres.
Castiaux. Aspiration, hystérie.
Cauterman. Accouchements.
Cayley. Phthisie.
Cersoy. Amputations.
Chabalier. Érysipèle.
Chairou. Brûlures.
Chantreuil. Accouchements.
Charcot. Dermatologie, hystérie, nerfs, trophonévroses.
Charpentier. Alcoolisme, éclampsie.
Charpy. Lichen.
Charrin. Syphilis.
Chassaignac. Hémorrhagies, septicémie.
Chatelain. Aliénation.
Chatin. Diurétiques.
Chatin (H.). Nécrologie.
Chauffard. Choléra, infection, typhus.
Chauveau. Hétérogénie, septicémie, tuberculose.
Cheever. Ovariotomie.
Chéron. Phthisie.
Chiara. Accouchements.
Chisolm. Strychnine.
Chrestien. Sueurs.
Chrichton-Browne. Chloral, épilepsie.
Christian. Aliénation.
Churchill. Grossesse.
Cinetti. Allaitement.
Civrieux. Prix.
Clay (John). Fibrômes, ovariotomie.
Clemens. Urine.
Clifford-Allbutt. Phthisie, rage.
Clover. Hémorrhagies.
Cohnstein. Accouchements, fœtus.

Coliez. Dermatologie, sclérème.
Colin. Septicémie, tuberculose.
Combes. Nécrologie.
Cooper-Forster. Épilepsie.
Coote (Holmes). Nécrologie.
Copeman. Péritonite.
Cordes. Obstétrique.
Cornil. Dysenterie, estomac, paralysies, percussion.
Corre. Paralysies, thyroïde.
Coste. Cataracte, greffes, hydrocèle.
Cottard. Rhumatisme.
Cotting. Ongle incarné, rotheln.
Courcelle. Diphthérie.
Courty. Rétrécissements.
Cousin. Résections.
Coutagne. Fièvres.
Coze. Septicémie.
Créquy. Syphilis, taille.
Crocq. Paralysies, parotidite.
Croly. Cellulitis.
Crombie. Injections.
Cruber. Oreille.
Cryé. Tétanos.
Cuignet. Sueurs.
Cummins. Dystocie.
Czermak. Nécrologie.

Dally. Anadrosie, asthme, luxations, sueurs.
Dalrymple. Nécrologie.
Daremberg. Urémie.
Dastre. Nerfs.
Dauvergne. Polypes.
Davaine. Fièvres, pustule maligne, septicémie.
Davat. Accouchements.
Davis. Méningite.
Davison. Varicocèle.
Dawson. Coqueluche.
Dechambre. Eaux minérales.
Deering. Ulcères.
Delgado-Yugo. Ophthalmologie.
Delens. Fractures.
Delpech. Arsenic.
Delpech. Rhumatisme.
Demaria. Nécrologie.
Demarquay. Fractures, hémorrhagies, hernies, lipomes, résections, tumeurs.
Denham. Seigle ergoté.
Denucé. Érysipèle, hydatides.
Depaul. Anus, obstétrique.
Desnos. Choléra, hémorrhagies, rhumatisme, thoracentèse.
Désormeaux. Plaies.
Despine. Accouchements.
Despine (d'Aix). Nécrologie.
Desplats. Péritonite.
Desprès. Aspiration, fractures, hydarthrose, oreille, syphilis.
Devalz. Trachéocèle.
Dieulafoy. Aspiration, hydarthrose.
Dolbeau. Fibrômes, hernies, phagédénisme.
Doray. Fièvres.
Doutrelepont. Dermatologie.
Doyon. Dermatologie.
Dron. Blennorrhagie, chancre.
Dubois (d'Amiens). Nécrologie.
Duboué. Empyème, fièvres.
Dubreuil. Greffes.
Ducastel. Coqueluche.
Ducoux. Nécrologie.
Dujardin-Beaumetz. Chloral, choléra, fièvres, phagédénisme, pleurésie, propylamine, rhumatisme, thoracentèse.
Dumontpallier. Thoracentèse.
Duncan. Péritonite.
Duplay. Cataracte, mal perforant, névromes, phimosis.
Dupont. Rage.
Duquesnel. Aconitine.
Durand-Fardel. Maladies.

Eames. Nécrologie.
Ebstein. Salivation.
Ellinger. Rétrécissements.
Ersking-Mason. Colotomie.
Esmarch. Hémorrhagies, névroses.
Estrazulas. Choléra.

Fallot. Nécrologie.

Falret. Prix.
Fano. Amaurose.
Faralli. Diphthérie.
Faucon. Fibrômes.
Faucon. Nécrologie.
Fauvel. Eaux minérales, typhus.
Felizet. Amputations, fractures.
Feltz. Pus, septicémie.
Féréol. Érysipèle, hémorrhagies, pustule maligne, rhumatisme, thoracentèse, tuberculose.
Fernet. Hystérie.
Ferrand. Paralysies, spasme.
Ficinus. Seigle ergoté.
Fillette. Accouchements.
Fiorani. Luxations.
Fiorito. Nécrologie.
Fischl. Pneumonie.
Foltz. Artères.
Foot. Chorée.
Ford (Hutson). Sang.
Forster. Ophthalmologie.
Fournier (A.). Adénopathie, bubon, syphilis.
Fourrier. Opération césarienne.
Foville (A.). Mort.
Fox (Tilbury). Dysidrosis.
Fox (Wilson). Phthisie.
Fraenkel. Fractures.
Frankel. Placenta.
Fremy. Trophonévroses.
Frigerio. Aliénation, sueurs.
Fruchard. Hernies.
Furneaux Jordan. Rétrécissements.

Gairal. Sondes.
Galezowski. Cataracte.
Galippe. Albuminurie.
Gallard. Maladies.
Gallez. Abdomen.
Galozzi. Désarticulation.
Galvagni. Auscultation.
Garreau. Hydrocéphalie.
Gaston (John). Rhumatisme.
Gaultier. Abcès.
Gayet. Cataracte.
Gerhardt. Emphysème, ictère.
Gesellius. Sang.
Gigot-Suard. Acides.
Gillette (W.). Phimosis.
Gillette. Uréthrocèle vaginale.
Gintrac. Thoracentèse.
Girard. Nécrologie.
Giraud-Teulon. Cataracte.
Gloag. Anévrysmes.
Gloner. Thérapeutique.
Gobley. Seigle ergoté.
Godard. Prix.
Golgi. Variole.
Gombault. Rhumatisme.
Gori. Amaurose.
Gosselin. Chirurgie, péri-arthrite, péritonite.
Graefe (de). Ophthalmologie.
Graily-Hewitt. Grossesse.
Grancher. Percussion, phthisie.
Grand-Clément. Ophthalmologie.
Grandesso-Silvestri. Hémorrhagies, opération césarienne.
Gray (Harrison). Fièvres.
Green. Phthisie, rupture.
Greenhalgh. Rétrécissements.
Greenhow. Atrophie musculaire.
Greifswald. Diphthérie.
Greveler. Infection.
Grillo. Choléra.
Grippat. Urémie.
Grupp. Ditaïne.
Gubler. Chloral, eaux minérales, hémorrhagies, propylamine, rhumatisme, urine.
Gueneau de Mussy. Adénopathie, coqueluche, vomissements.
Guéniot. Fibrômes, grossesse, paralysies.
Guérin (J.). Choléra, eaux minérales.
Guérin (Alph.). Pansements, rétrécissements.
Guibout. Syphilis.
Guignet. Plaies.
Guislain. Prix.
Guistel (Albert Jan K'). Fractures.
Guitard. Syphilis.
Gull. Accouchements, névroses.
Guterbock. Moignon.

GUYON. Anus, chirurgie, hémorrhagies.

HALLOPEAU. Sclérème.
HAMILTON. Chirurgie.
HANCOCK. Pied.
HANKEL. Température.
HARDY. Eaux minérales, lichen.
HASSE. Lipomes.
HAYEM. Abcès, choléra, septicémie, tuberculose.
HEAD. Calculs.
HEATH. Colotomie.
HÉBRA. Dermatologie, grossesse.
HENDERSON. Acides.
HÉNOCQUE. Abcès.
HÉRARD. Eaux minérales, fièvres, péritonite, thoracentèse.
HERMANN. Choléra.
HERRGOTT. Fistules, fractures.
HEUBNER. Syphilis.
HICQUET. Taille.
HIGGUET. Alun.
HILTON-FAGGE. Estomac.
HIRNE. Chloral.
HIRSCHBERG. Ictère.
HIRSCHSPRUNG. Calculs.
HOBSON. Nécrologie.
HODDER. Choléra.
HODGE. Nécrologie.
HOFFMANN. Diabète, pus.
HOGG. Rétrécissements.
HOLLAND. Nécrologie.
HOLLIS. Plomb.
HOLMES. Ostéite.
HORAND. Fièvres.
HORVATH. Anesthésiques.
HUCKLINGS-JACKSON. Aphonie, athétose.
HUETER. Résections.
HUGUIER. Nécrologie.
HULIN. Fièvres.
HUTCHINSON. Iritis, névrite.
HYBORD. Calculs.
HYVERTL. Cancer.

ISAMBERT. Phthisie, rhumatisme.
ISHAM. Avortement.

JACCOUD. Érysipèle.
JACKSON. Prix.
JACOB (Otto). Nerfs.
JACOBSON. Ophthalmologie.
JACQUEMIN. Nécrologie.
JAGO. Estomac.
JOFFROY. Paralysies.
JOHANNET. Diphthérie.
JOHNSON. Albuminurie, pleurésie.
JOHNSTON. Injections.
JOLYET. Anesthésiques.
JORDAN. Nécrologie.
JORDAO (Abel). Fièvres.
JULLIEN. Nerfs.

KEATH. Ovariotomie.
KEATING. Fibrômes.
KELLER. Grossesse.
KELLY. Coqueluche.
KELP. Épilepsie.
KELSCH. Choléra, dysenterie.
KEMPEN (von). Abdomen.
KEMPERDICK. Température.
KENNARD. Strychnine.
KERSCH. Seigle ergoté.
KIDD. Fistules.
KIRCHBERG. Fièvres.
KIRN. Chloral.
KLEBS. Infection, maladies, tuberculose.
KOEBERLÉ. Ovariotomie, rétrécissements, splénotomie.
KRISHABER. Trachéotomie.
KUCHLER. Cataracte.
KÜSTER. Résections.

LABADIE-LAGRAVE. Diphthérie.
LABARTHE. Chancre, eaux minérales.
LABOULBÈNE. Sable intestinal, température.
LACHAMBRE. Térébenthine.
LAILLER. Aniline, érysipèle.
LANCEREAUX. Endocardite, syphilis.
LANDE. Thoracentèse.
LANGENBECK. Bubon.
LANNELONGUE. Fistules, hémorrhagies, hydrocèle.

Larkin. Crâne.
Laroyenne. Hémorrhoïdes, maladies.
Larrey. Goître, médecine.
Lasègue Hystérie, phthisie, pleurésie.
Latham. Hémorrhagies.
Latour. Caustiques.
Latour (A.). Eaux minérales, pensions viagères.
Lauder. Placenta.
Laveran. Maladies, tuberculose.
Lavirotte. Rhumatisme.
Leblanc. Septicémie.
Lebon. Asphyxie.
Lebrun. Cataracte.
Lecorché. Diabète.
Le Dentu. Symblépharon.
Lefebvre. Paralysies.
Lefort. Aphasie.
Le Fort. Chloroforme, rétrécissements.
Legouest. Médecine.
Legrand (du Saulle). Diabète.
Legroux. Thoracentèse.
Lemaire. Nécrologie.
Lente. Rétrécissements.
Leonardi. Incontinence.
Lépine. Diphthérie, hémorrhagies, paralysies, rétrécissements.
Leriche. Spasme.
Letiévant. Nerfs, tumeurs.
Letzerich. Coqueluche.
Leven. Estomac.
Libermann. Angine, asthme, bronchite, coqueluche.
Liebig (de). Nécrologie.
Liebreich Cataracte.
Liégard. Hydrocèle, hydrocéphalie.
Liersch. Mort.
Lima (da Silva). Paracentèse.
Limousin. Injections.
Lincoln. Accouchements.
Liouville. Épilepsie, hémorrhagies, septicémie, urémie.
Lister. Hétérogénie.
Logan. Ovariotomie.
Lockhart-Clarke. Hémorrhagies, variole.
Lorain. Éclampsie.
Loreta. Commotion.
Lorey. Blennorrhagie, ophthalmalogie.
Lorge (de). Cancer.
Luce. Vaccine.
Luciani. Respiration.
Luscka. Maladies.
Luton. Acides, adénopathie, chlorose, injections.
Lutz. Aniline.

Mac Carthy. Hémorrhagies.
Mac Clintock. Grossesse.
Mac Cormac. Fractures, hémorrhagies, résections.
Mac Donnell. Hydarthrose.
Mac Even. Abdomen.
Maclagan. Fièvres.
Macnamara. Calculs.
Madden. Seigle ergoté.
Magnan. Alcoolisme, épilepsie.
Magnus (Hugo). Mort.
Malassez. Érysipèle, sang.
Malherbe. Angines, fièvres.
Mallez. Calculs.
Manassein. Sang.
Manning. Chloral.
Manrique. Ovariotomie.
Marchal (de Calvi). Nécrologie.
Margotta. Vaccine.
Marmy. Thoracentèse.
Marquardt. Caustiques.
Marrotte. Hématocèle, thoracentèse.
Masoin. Paralysies.
Martel. Rein.
Martin. Cancer.
Martin (de Marseille). Nécrologie.
Martin (Stanislas). Diurétiques.
Martemucci. Polypes.
Martineau. Asthme, avortement, chloral, fièvres, propylamine, rhumatisme.
Marzolo. Ovariotomie.
Massart. Choléra.

Massot. Grossesse.
Mattison. Diarrhée.
Mauriac. Périostite, syphilis.
Maury. Dysenterie.
Mayençon. Plomb.
Meigs (Forsyth). Emphysème.
Menzel. Hémorrhagies, kystes.
Mercier. Calculs.
Meriggi. Aliénation.
Merkel. Fractures.
Merriman. Nécrologie.
Meyer. Ophthalmologie.
Meynet. Blennorrhagie.
Michel. Thyroïde.
Mickle. Crâne.
Mitchell (Weir). Ataxie, nerfs.
Molière. Résections.
Monnoyer. Blépharospasme.
Montenovesi. Anévrysmes.
Monteverdi. Accouchements.
Montmeja. Lipomes.
Morat. Athétose, mal perforant.
Moreau (A.). Greffes.
Morel. Nécrologie.
Morell-Mackensie. Aphonie.
Morgan. Anesthésiques, ophthalmologie.
Morris. Accouchements.
Mosetig. Hémorrhagies.
Mourson. Gangrène.
Moussier. Foie.
Moutard-Martin. Diphthérie, pleurésie, thoracentèse.
Moxon. Ictère.
Murino. Choléra.
Muron. Trachéotomie, urine.
Murray. Nécrologie.
Murri. Température, urée.

Nagel. Constipation.
Namias. Propylamine, rhumatisme.
Naudin. Prix.
Navarini. Rage.
Neftel. Vaginisme.
Nélaton. Nécrologie.
Nelson. Ruptures.
Nepveu. Choléra.
Neumann. Cancer, peau.
Neveu. Rage.
Nicaise. Paralysies, résections.
Noiset. Fractures.
Norris. Chirurgie.
Notta. Cataracte, nerfs.
Nussbaum. Résections.

Obermeier. Fièvres, nécrologie.
Ogle. Aphasie.
Olier. Ovariotomie.
Ollier. Méningite, os.
Ollivier. Apoplexie, sueurs.
Onimus. Nerfs, septicémie.
Ord. Paralysies.
Orfila. Prix.
Orsi. Paralysies.
Orth. Érysipèle.
Owen. Cornée.

Paddock. Ostéite.
Pagenstecher. Érysipèle.
Pajot. Obstétrique, placenta.
Palasciano. Trachéotomie.
Palasne-Champeaux. Herpès.
Palat. Rage.
Pallen. Grossesse.
Panas. Chloral, ophthalmologie, paralysies.
Pancin. Emphysème.
Parise. Fractures.
Parona. Spasme.
Parrot. Encéphalopathie, épilepsie, fièvres, herpès, maladies, paralysies, ramollissement.
Partridge. Nécrologie.
Pascallucci. Pyélite.
Passabosc. Absorption.
Pasteur. Hetérogénie, septicémie.
Paul (Constantin). Aliénation, constipation.
Péan. Kystes, tumeurs.
Peaslee. Ovariotomie.
Pélissier. Accouchements.
Pelletan (de Kinkelin). Nécrologie.
Perret. Propylamine.
Perrichot. Choléra.
Perrin. Kystes.

Perroud. Agoraphobie, rötheln, thoracentèse.
Peter. Angines, cœur, rhumatisme, urémie.
Peters. Néphrotomie.
Petitfils. Atrophie musculaire.
Petrilli. Aphonie.
Petrow. Syphilis.
Petteruti. Anévrysmes.
Pfungen. Pus.
Philipeaux. Ostéogénie.
Philippe. Hémorrhagies.
Phillips. Accouchements, prix.
Picart. Nécrologie.
Pidoux. Eaux minérales, phthisie.
Piffard. Vaccine.
Pilate. Plaies, résections.
Pinault. Thoracentèse.
Pinguet. Rétrécissements.
Playfair. Hémorrhagies, utérus.
Poggiale. Médecine.
Poincarré. Physiologie.
Polaillon. Sutures.
Politzer. Oreille, tympan.
Polli. Phthisie.
Pollock. Phthisie.
Poncet. Syphilis.
Ponfick. Cœur.
Porta. Aphasie.
Portal. Prix.
Potain. Rhumatisme, thoracentèse.
Poulet. Phosphore.
Powell. Phthisie.
Pozzi. Fistules.
Procter. Rhumatisme.
Puech. Accouchemeuts, hystérie.
Purdon. Urine.

Quaglino. Blépharospasme.
Quinquand. Hémoglobine.

Rabuteau. Diurétiques, éplilepsie, thérapeutique, urée.
Raggi. Kératite.
Ramos (Silva). Fièvres.
Rancillia. Accouchements.
Ranse (de). Eaux minérales, trachéotomie.
Ranvier. Abcès, allaitement, cancer, infection, nerfs.
Raoult-Deslonchamps. Fractures.
Rasch. Grossesse.
Rasmussen. Hydarthrose.
Ratesi. Glycosurie.
Rattray. Climatologie.
Rava. Cornée.
Raynaud. Érysipèle.
Read. Grossesse.
Recklinghausen. Infection.
Reeves. Cœur.
Reliquet. Calculs.
Renaut. Choléra, érysipèle.
Rensi (de). Injections, paralysies, rhumatisme.
Reverdin. Greffes.
Révillout. Thoracentèse.
Rey. Urèthre.
Reymond. Ataxie, symblépharon.
Richet. Luxations, tumeurs, uréthrotomie.
Riegel. Plaies.
Ringland. Seigle ergoté.
Rissler. Sang.
Ritti. Chorée.
Riva. Aliénation, atrophie musculaire.
Rizzoli. Anévrysmes, cordon.
Roger (Henri). Maladies.
Rohrig. Bile.
Rokitanski. Craniotomie, enseignement, tumeurs.
Romberg. Nécrologie.
Rosenstein. Méningite.
Rossi. Aliénation.
Rouge. Ozène.
Roux. Urée.
Rudnew. Rage.
Rufz. Prix.
Runge. Spasme.
Ryan. Jurisprudence.

Saemish. Ophthalmologie.
Saint-Germain (de). Trachéotomie.
Salazar. Érysipèle.
Salomon. Pleurésie.
Santopadre. Fièvres.

SARAZIN. Bougies.
SARELL. Ovariotomie.
SCHAEFFER. Épilepsie.
SCHIFF. Calculs.
SCHMIDT. Ophthalmologie.
SCHMITZ. Abcès.
SCHNELLER. Névrite.
SCHOLDBERG. Ovariotomie.
SCHULTZEN. Diabète.
SCHUTZEMBERGER. Parotidite.
SCHUTZEMBERGER (P.). Sang.
SCRIFFIGNANO. Névralgies.
SÉE (Marc). Chancre.
SÉE. Pneumonie, salivation, seigle ergoté, urée.
SEELIGMULLER. Blépharospasme.
SÉGUIN. Paraplégie.
SELL. Hémorrhagies.
SENATOR. Ictère.
SENN. Nécrologie.
SICHEL. Pannus.
SILBERGLEIT. Angines, variole.
SILVA. Propylamine.
SIMON (de Berlin). Kystes, néphrotomie.
SIMONIN. Urèthre.
SIMS (Marion). Ovariotomie.
SIREDEY. Ataxie, fièvres.
SMETH (DE). Nævi.
SMITH (Stephen). Anévrysmes, hydrocèle.
SMITH (André). Aphonie.
SMITH (Robert). Luxations, nécrologie.
SMITH (Heywood). Hémorrhagies.
SMITH (Lewis). Méningite.
SOMOLINOS. Enseignement.
SOREL. Coqueluche.
SOTTI. Paraplégie.
SOUPLET. Phthisie.
SOYRE (DE). Obstétrique.
SPENCER-WELLS. Ovariotomie.
SPIAGGIA. Perforation.
SPILLMANN. Ostéogénie.
STARKOW. Aniline.
STARTIN. Nécrologie.
STEINER. Nécrologie.
STOLTZ. Fissures.
STORER. Rectum.
STRAUSS. Caustiques, empyème.
STRICKER. Bile, enseignement, septicémie.
STURGIS. Chancre.
SZATYORY. Hernies.

TACHARD. Amputations.
TAIT (Lawson). Placenta.
TARDIEU. Jurisprudence.
TARNIER. Anus, seigle ergoté.
TEALE (Pridgin). Ovariotomie.
TERRIER. Otite.
TERRILLON. Thoracentèse.
TERSON. Cataracte.
TESTI. Commotion.
THAON. Phthisie, tuberculose.
THIBAULT. Angines, hernies.
THOMAS. Rötheln.
THOMMERET. Soufre.
THOMPSON. Calculs.
THOMPSON (J.). Seigle ergoté.
THOREL. Caustiques.
TIBBITS. Injections.
TILLAUX. Anévrysmes, fractures, kystes.
TIMERMANS. Nécrologie.
TORRES. Hernies.
TOURNIÉ. Érysipèle.
TRACY. Ovariotomie.
TRÉLAT. Luxations, phimosis.
TRIPLETT. Fractures.
TROISIER. Érysipèle.
TUEFFERD. Môle hydatique.
TUFNELL. Anévrysmes.
TYLER-SMITH. Nécrologie.

URBINATO. Splénotomie.
URBY. Tumeurs.
URNER. Caustiques.
UYTERHOEVEN. Nécrologie.

VABRAVEN. Accouchements.
VAJDA. Cancer.
VALETTE. Uréthrotomie.
VALERANI. Fibromes.
VALLIN. Fièvres.
VANCE (Reuben). Méningite.

VASTEL. Nécrologie.
VERARDINI. Auscultation, grossesse.
VERGA. Alcoolisme.
VERNAY. Alcoolisme.
VERNEUIL. Anévrysmes, anus, cancer, coxalgie, hernies, herpès, résections, ulcères.
VERNICH. Accouchements, seigle ergoté.
VEYNE. Mort.
VIDAL. Chancre, ecthyma.
VILLEMIN. Péritonite.
VITU. Tuberculose.
VOLKMANN. Fractures.
VOLTOLINI. Trachéotomie.
VOOD. Choléra.
VUCHERER. Nécrologie.
VULPIAN. Ataxie, fièvres, nerfs, paralysies, sépticémie, variole.

WALDENBURG. Pneumonie.
WARLOMONT. Vaccine.
WARTMANN. Aconitine.
WATELLE. Accouchements, pneumonie.
WATSON. Résections.
WECKER (DE). Cataracte, ophthalmologie.
WEED. Fièvres.
WEGNER. Phosphore.
WEIGAUD. Pneumonie.
WEILL. Placenta.
WESTPHAL. Agoraphobie, paralysies.
WETTER. Infection.
WHITEHEAD. Accouchements.
WHITTLE (Ewing). Hémorrhagies.
WIDAL. Choléra.
WILLARD. Luxations.
WILLIAMS. Phthisie.
WINCKLER. Propylamine.
WINTREBERT. Arsenic.
WOILLEZ. Choléra, phthisie, thoracentèse.
WOLCHERS. Ophthalmologie.
WOLFE. Symblépharon.
WOLFF. Anévrysmes.
WOOD (John). Hernies.

ZÉBROWSKI Greffes.
ZINA. Ditaïne.
ZUELZER. Typhus.

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.